



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU

Vanda Cristina Lages Furtado

Orientação: Prof^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU

Vanda Cristina Lages Furtado

Orientação: Prof^a Doutora Maria do Céu Mendes Pinto
Marques

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

Portalegre, 2021

Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU

Vanda Cristina Lages Furtado

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização
em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Pessoa em Situação Crítica**

Júri:

Presidente: Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Arguente: Professora Doutora Maria Alice Góis Ruivo

Orientador: Professora Doutora Maria do Céu Mendes Pinto Marques

13 de abril de 2021

*“Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes”
Fernando Pessoa*

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto só foi possível graças à colaboração de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o meu profundo agradecimento.

À Professora Doutora Maria do Céu Marques, pela disponibilidade e orientação facultada durante a realização deste relatório e ao longo do curso;

À enfermeira gestora do SU, Catarina Aranha, pelos saberes transmitidos e por ser um agente facilitador da aprendizagem da equipa que lidera;

À enfermeira Sónia Azeitona, orientadora e exemplo de excelência profissional, pelo apoio, aprendizagens e ensinamentos;

Aos colegas de mestrado, em especial à Mena, ao Tiago, ao Nuno, ao Vítor e à Diana por me acompanharem nesta aventura;

À minha família, em especial às minhas irmãs, pelo apoio e incentivo;

Ao meu marido, amigo e companheiro pelo apoio incondicional, pela motivação e encorajamento;

Por fim à pessoa mais importante, o meu filho, Diogo, pelo tempo que lhe roubei e que prometo compensar.

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

O mundo tem assistido ao emergir de situações de catástrofe e/ou emergência multivítimas e o atendimento das mesmas depende da atuação sincronizada da equipa multidisciplinar, na qual o enfermeiro tem um papel primordial. É necessário por parte dos profissionais um pensamento crítico, flexível e capaz de se adaptar às diferentes realidades. **Objetivo:** O objetivo geral deste documento é descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios. **Método:** O relatório segue a metodologia descritiva, onde são expressas as atividades ao longo do estágio, nomeadamente a atividade major, assente na metodologia de projeto e que deu nome a este relatório. Com vista a avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação perante uma situação de catástrofe, foi aplicado um questionário, o instrumento DPET-PT e elaborada uma instrução de trabalho. **Resultados:** A atividade de intervenção major desenvolvida, permitiu contribuir para a formação dos enfermeiros do serviço de urgência, desenvolvendo uma cultura de segurança e garantindo uma atuação eficaz perante tais eventos. **Conclusão:** Os objetivos definidos foram alcançados, considera ter adquirido as competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em EMC- PSC.

Palavras-chave: Catástrofe; Enfermagem Médico Cirúrgica; Serviço de Urgência; Enfermeiro

ABSTRACT

The world has witnessed the emergence of situations of catastrophe and / or multiviti-emergency and the attendance of them depends on the synchronized performance of the multidisciplinary team, in which the nurse has a primary role. Critical thinking, flexible and able to adapt to different realities is necessary on the part of professionals. **Objective:** The general objective of this document is to describe in a critical and reflective way the activities developed during the internships. **Method:** The report follows the descriptive methodology, where activities are expressed throughout the internship, namely the major activity, based on the project methodology and which gave the name to this report. In order to assess the nurses' perception of their preparation in the face of a catastrophe situation, a questionnaire was applied, the DPET-PT instrument and work instructions were prepared. **Results:** The major intervention activity developed, made it possible to contribute to the training of nurses in the emergency service, developing a culture of safety and guaranteeing an effective performance in the face of such events. **Conclusion:** The defined objectives have been achieved, considering having acquired the skills of Master and Specialist Nurse in EMC-PSC.

Keywords: Catastrophe; Medical Surgical Nursing; Emergency Service; Nurse

ABREVIATURAS/ SIGLAS

CRI-Centro de Responsabilidade Integrada

DAV- Diretiva Antecipada de Vontade

Dec. Lei- Decreto-lei

DGS- Direção-Geral da Saúde

DPET- *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET-PT) – Preparação dos Enfermeiros Perante Uma Situação de Catástrofe*

ECG- Eletrocardiograma

EMC: PSC- Enfermagem Médico-Cirúrgica a Pessoa em Situação Crítica

Enf.^a – Enfermeira

Enf. - Enfermeiro

EPE - Empresa Público Privada

EPI- Equipamento de Proteção Individual

GCL-PPCIRA- Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência dos Antimicrobianos

HSLE- Hospital de Santa Luzia de Elvas

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

IT- Instrução de Trabalho

N.º- Número

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

p.- página

PBCI- Precauções Básicas de Controlo da Infecção

PE- Plano de Emergência

PPST- Perturbação de Pós Stress Traumático

PQ- Procedimento de Qualidade

RGPD- Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SCA- Síndrome Coronário Agudo

SIV- Suporte Imediato de Vida

SO- Serviço de Observação

SpO2- Saturação periférica de oxigénio

STM- Sistema de Triagem de Manchester

SU- Serviço de Urgência

UADCI- Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção

UC- Unidade Curricular

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

ULSNA- Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

VNI- Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	15
1. APRECIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO CONTEXTO.....	18
1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE	19
1.1.1 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas	20
1.1.1.1 Recursos Materiais	20
1.1.1.2 Recursos Humanos	21
1.1.1.3 Análise da população.....	22
1.1.1.4 Análise de produção da unidade, Sistema Triagem de Manchester e gestão de doentes... ..	22
1.2. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE	25
1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do HESE, EPE	26
1.2.1.1. Recursos físicos e materiais.....	26
1.2.1.2. Recursos humanos	26
1.2.1.3. Análise da população.....	27
1.2.2. Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção do HESE, EPE.....	27
1.2.2.1 Recursos físicos e materiais.....	28
1.2.2.2. Recursos humanos	29
1.2.2.3. Análise da população.....	30
1.2.2.4. Análise de produção da unidade	30
2. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR.....	31
2.1 FUNDAMENTAÇÃO.....	31
2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO.....	32
2.2.1 Catástrofe	33
2.2.2. Modelo Qualidade-Cuidado©.....	38
2.2.3. Prática simulada	40
2.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	42
2.3.1 População alvo	44
2.3.2 Procedimentos éticos	45

2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS	46
2.5 PLANEAMENTO	47
2.6 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO	48
2.7 RESULTADOS	49
2.7.1 Resultados do Questionário	49
2.7.2 Resultados da formação	61
2.7.3 Resultados da prática simulada	61
2.8 DISCUSSÃO	62
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS.....	67
3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM	67
3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM	76
4. CONCLUSÃO.....	82
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE I - Projeto de Estágio	92
APÊNDICE II - Consentimento Informado de participação no estudo.....	106
APÊNDICE III - Cronograma	108
APÊNDICE IV -Instrução de Trabalho	111
APÊNDICE V - Formação em serviço com o tema “Atuação dos enfermeiros do SU em situação de catástrofe”	118
APÊNDICE VI - Grelha de Observação da prática simulada.....	130
APÊNDICE VII - Cartões de Ação	132
APÊNDICE VIII - Documento de registo para cada área.....	135
APÊNDICE IX - Poster com algoritmo de atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe	139
APÊNDICE X - Poster Diretivas Antecipadas de Vontade	141
APÊNDICE XI - Cartaz Diretivas Antecipadas de Vontade	143
APÊNDICE XII - Flyer Notificação do Risco	145
APÊNDICE XIII - Artigo científico “Preparação dos serviços de urgência na resposta a situação de catástrofe e acidentes multivítimas”	147

APÊNDICE XIV - Sinalética do Uso Adequado de Luvas.....	162
ANEXOS.....	165
ANEXO I - Relatório do simulacro realizado no SU no dia 29/05/2018.....	166
ANEXO II - Questionário “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET-PT)- Preparação dos Enfermeiros Perante Uma Situação de Catástrofe”.....	180
ANEXO III - Autorização do presidente do CA e Parecer da Comissão de Ética da ULSNA.....	185
ANEXO IV - Autorização do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde do IPP.....	187
ANEXO V -Autorização de utilização do questionário pela Autora do mesmo.....	189
ANEXO VI - Kit de Catástrofe.....	191
ANEXO VII - Encaminhamento de doentes.....	194
ANEXO VIII - Certificado de frequência do Curso SAV.....	196
ANEXO IX - Certificado de frequência do Curso ITLS.....	198

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Tempos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester.....	24
Figura 2 - Modelo Qualidade-Cuidado©.....	40
Figura 3 - Análise swot.....	43
Figura 4 - Fases de Planeamento da AIM.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 - Distribuição da amostra por anos de experiência como enf. °	45
Gráfico nº2 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	45
Gráfico nº3 - Observação da prática simulada.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Doentes admitidos no serviço de urgência (2019)	23
Tabela 2- Doentes admitidos no serviço de urgência por dia/turno (2019)	23
Tabela 3- Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência (2019)	25
Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de experiência profissional.....	50
Tabela 5 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à formação académica.....	50
Tabela 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à formação e participação em situações de catástrofe e tipo de catástrofes em que participaram.....	50
Tabela 7- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto às áreas onde necessitam de mais formação e educação sobre catástrofe.....	51
Tabela 8- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à participação e interesse na formação sobre preparação para catástrofe.....	51
Tabela 9 - Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à literatura e informação sobre preparação para catástrofe	52
Tabela 10- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao sistema de triagem de catástrofe.....	52
Tabela 11- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao conhecimento e competências para agir como enfermeiro na atuação em situações de catástrofe.....	53
Tabela 12- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à preparação da comunidade para uma situação de catástrofe.....	53
Tabela 13 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à existência de simulacros no local de trabalho e à sua participação em situações reais de catástrofe.....	54
Tabela 14 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à sua opinião sobre o plano de emergência e catástrofe na instituição e comunidade.....	54

Tabela 15- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à participação na elaboração de PE.....	55
Tabela 16- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto a possuir um PE.....	55
Tabela 17- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Preparação em situações de bioterrorismo.....	55
Tabela 18- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Procedimentos de Isolamento e Equipamento.....	56
Tabela 19- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Gestão em Catástrofe.....	56
Tabela 20- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à fase de mitigação.....	57
Tabela 21- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Bioterrorismo na fase da Mitigação.....	58
Tabela 22- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao nível de evolução de uma catástrofe.....	59
Tabela 23 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “O que faria com que estivesse melhor preparado para a gestão de uma situação de catástrofe.”	59
Tabela 24 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Que prioridade que daria à formação acerca de preparação e gestão de catástrofes se fosse inserida em currículo”	60
Tabela 25 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Como percebe a sua atual capacidade em responder a uma variedade de situações de catástrofe?”	60
Tabela 26- Comparação do nível de escolaridade com a preparação para enfrentar uma catástrofe.....	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito da conclusão do ciclo de estudos do 3º Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, criado pelo aviso 10449/2018, publicado no Diário da República – 2ª série, n.º 148 de 2 de agosto e pela Declaração de Retificação n.º 652/2018, publicada no Diário da República, n.º 175 de 11 de setembro, lecionado no Instituto Politécnico de Portalegre, na Escola Superior de Saúde.

Este documento visa analisar e refletir sobre o percurso efetuado para a aquisição de competências especializadas e de mestre, durante as 336 horas de estágio, que decorreram no Serviço de Urgência (SU) do Hospital de Santa Luzia de Elvas (HSLE) e na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) e Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção (UADCI) do Hospital Espírito Santo de Évora (HESE), entre 16 de Setembro de 2019 e 31 de Janeiro de 2020, sob orientação científico-pedagógica da Professora Doutora Maria do Céu Marques.

No relatório em epígrafe pretende-se fazer uma análise e reflexão do caminho percorrido para a aquisição dos conhecimentos e competências necessárias para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade à pessoa em situação crítica, assim como realizar uma descrição pormenorizada da atividade major que deu nome ao relatório de estágio: Melhoria Contínua na Intervenção em Catástrofe no SU.

Desenvolver competências especializadas requer investimento e dedicação. Ao longo do percurso académico, adotou uma postura crítica e reflexiva, estabelecendo pontes de ligação entre a teoria e a prática com vista a alcançar uma aprendizagem pertinente e fundamentada. Para tal, foram tidas, como referência, as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), segundo a qual um enfermeiro especialista, detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo por base a resposta humana aos processos de vida, bem como aos problemas de saúde, demonstrando um nível elevado de julgamento clínico e tomada de decisões, traduzido em competências científicas, técnicas e humanas (OE, 2018).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica- A Pessoa em Situação Crítica (EMC:PSC), na sua prática, tem como competências específicas cuidar da pessoa a

vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequada (OE, 2019).

Relativamente à atividade de intervenção major, o tema surge após uma entrevista não estruturada com a enfermeira gestora e enfermeira orientadora, sobre a necessidade de assegurar a excelência da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, vítima de uma situação de exceção, aliada a um tema de interesse pessoal, com o objetivo de capacitar os enfermeiros do serviço e uniformizar procedimentos na atuação em situação de catástrofe. A referida intervenção tem como linha de investigação a Segurança do Doente e assenta na metodologia de projeto, em que “...através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência...” (Ruivo, Nunes & Ferrito, 2010, p.2).

Embora as situações de catástrofe e/ou emergência multivítima não façam parte das ações diárias dos profissionais de saúde, a eventualidade da sua ocorrência deve ser considerada uma realidade. A gestão destes eventos, requer a cooperação de toda a equipa multiprofissional, em particular os enfermeiros. Sendo o maior grupo profissional, bem como os primeiros a intervir, em contexto hospitalar, é inegável a sua necessidade e importância na resposta a situações de catástrofe e/ou emergência multivítima (Pourvakhshoori, Norouzi, Ahmadi, Hosseini, & Khankeh, 2017).

Os serviços de urgência hospitalar são considerados os locais de eleição para responder a este tipo de acontecimentos. É essencial preparar os enfermeiros, dotando-os de conhecimentos e capacidade para desenvolver a sua prática, de forma a atenderem eficazmente as necessidades da comunidade.

Assim, define como objetivo geral deste relatório:

- Descrever de forma crítica e reflexiva as atividades desenvolvidas ao longo do estágio

E como objetivos específicos:

- Realizar uma apreciação dos diferentes contextos;
- Relatar de forma analítica e crítica a atividade major e os resultados encontrados;
- Apresentar de forma analítica e crítica as atividades e estratégias desenvolvidas para aquisição de competências comuns e específicas de enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem.

Em termos de estrutura do relatório, inicialmente é feita a apreciação dos contextos, com uma descrição pormenorizada dos mesmos. Segue-se a descrição da atividade de intervenção major implementada, contemplando todas as etapas que possibilitaram a sua consecução. Posteriormente, serão descritas e analisadas as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, definidas no projeto de estágio (Apêndice I), e que contribuíram para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem. Por último, surge a conclusão.

O presente relatório é redigido ao abrigo do novo acordo ortográfico, de acordo com as normas da Escola Superior de Saúde de Portalegre e segue as orientações de citação e referenciação emanadas pela American Psychological Association (APA,6th).

1. APRECIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO CONTEXTO

Os ensinamentos clínicos representam uma base formativa imprescindível na aquisição de conhecimentos científicos e no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais.

O estágio final realizou-se em três contextos. O primeiro período decorreu no SU do HSLE da ULSNA, EPE, serviço onde exerce funções atualmente e o segundo período, na UCIC e UADCI do HESE, EPE.

Os locais foram escolhidos com base nas competências que pretendia adquirir e desenvolver, bem como na vantagem de elaborar um projeto de intervenção em serviço.

Realizar um período de estágio no serviço onde exerce funções, é fundamentado com o projeto de intervenção a desenvolver. O facto de conhecer o serviço facilita a implementação do projeto, que será uma mais-valia para a prática da equipa de enfermagem. Sendo implementado no serviço onde exerce funções este terá continuidade garantida mesmo após o término do mestrado.

Para a segunda parte do estágio, a escolha inicial foi a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Infanta Cristina de Badajoz. Não tendo sido possível a realização do estágio neste serviço, este foi efetuado na UCIC e na UADCI do HESE, EPE. Nestas unidades são prestados cuidados à pessoa com doença cardíaca em situação crítica, o que considerou ser uma mais-valia na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados ao doente crítico.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a pessoa em situação crítica é “aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.” (OE, 2018, p.19362).

E cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são:

“cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total” (OE, 2018, p.19362).

Foram estes conceitos e os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, que serviram de suporte ao desenvolvimento das competências no decorrer do estágio.

O Modelo Qualidade-Cuidado©, baseado na “Teoria da Qualidade dos Cuidados” de Joanne Duffy (2003), forneceu a estrutura concetual para o estágio, bem como para a atividade

de intervenção major. Esta escolha, teve em conta o fato de este ser um modelo que expõe e demonstra o valor da enfermagem no meio da prática baseada em evidências dos cuidados de saúde e que tem como foco principal os resultados de cuidados centrados em relacionamentos. Os seus principais componentes são estrutura, processo e resultados.

O modelo foi escolhido por ser bastante completo e oferece uma orientação prática para o cuidado de excelência. Associa os paradigmas do cuidado humano e da qualidade e reflete a tendência para a prática baseada na evidência.

1.1. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, EPE

A ULSNA, EPE, é uma entidade jurídica que presta cuidados assistenciais de saúde primários e diferenciados. Foi criada em 1 de março de 2007 (Decreto-Lei n.º 50-B/2007, 28 de fevereiro de 2007), substituindo os serviços até essa data prestados pelos Hospitais Doutor José Maria Grande de Portalegre, Santa Luzia de Elvas e pelos Centros de Saúde do distrito de Portalegre (ULSNA, 2015).

A ULSNA rege-se pelos seguintes valores: “respeito pela dignidade e direitos dos utentes, excelência técnica, acessibilidade e equidade dos cuidados, promoção da qualidade, ética, integridade e transparência; motivação e atuação pró-ativa, melhoria contínua, trabalho de equipa e respeito pelas normas ambientais (ULSNA, 2015).

Tem como missão: “Promover o potencial de todos os cidadãos, através do fomento da saúde e da resposta à doença e incapacidade, garantindo a qualidade dos serviços prestados, a tutela da dignidade humana e a investigação permanente na procura contínua de soluções que reduzam a morbilidade e permitam obter ganhos em saúde.” (ULSNA, 2015).

E tem como visão: “constituir uma imagem de excelência no atendimento dos cidadãos, na ligação à comunidade, na criação de parcerias, na investigação permanente e no impacto das atividades desenvolvidas.” (ULSNA, 2015).

O objetivo principal da ULSNA, EPE, é a prestação de cuidados de saúde primários, secundários, de reabilitação, continuados integrados e paliativos à população. Para além da prestação de cuidados, tem também por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde um objetivo primordial (ULSNA, 2015).

1.1.1 Serviço de Urgência do Hospital de Santa Luzia de Elvas

O serviço de urgência, enquadra a sua atividade na política da ULSNA, EPE. Embora classificado como Serviço de Urgência Básica (SUB) de acordo com o despacho nº. 13 427/2015 de 20 de novembro, continua a prestar cuidados de acordo com a classificação de 1996 - SUB integrada no 3º nível dos Serviços de Urgência - Relatório Reestruturação Urgências, 1996 e a satisfazer as urgências da área médico-cirúrgica, que estejam no âmbito das especialidades básicas – Medicina, Cirurgia e Ortopedia.

1.1.1.1 Recursos Materiais

O HSLE é um hospital pequeno, com apenas 3 pisos, sendo que o SU se situa no 1º piso do edifício e está distribuído pelos seguintes espaços: Zona de entrada, Balcão 1, Sala de Triagem, Sala de Reanimação, Sala de Pequena Cirurgia, Balcão 2, Sala de Especialidades Médicas, Sala de ECG, Balcão de Ortopedia, Corredor, Serviço de Observação (SO), sala de arrumos, copa, instalações sanitárias, sala de sujos, sala de pausa, gabinete da direção do serviço e base do INEM.

Em termos de equipamentos:

- A Sala de Reanimação possui um monitor desfibrilhador com ECG de 12 derivações, 1 ventilador portátil e 1 carro de emergência;
- O Balcão 2 é uma sala ampla dividida em 2 unidades equipadas com monitor cardíaco e desfibrilhador;
- O SO está dividido em 2 salas com capacidade para 2 camas cada e separadas por uma zona de trabalho. Cada unidade está equipada por um monitor cardíaco (registo ECG, Spo2 e TA), seringa e bomba infusoras. Em cada sala existe um monitor desfibrilhador, um laringoscópio, um ventilador para ventilação não invasiva (VNI) e um ventilador portátil.

O Balcão de Ortopedia está também preparado para receber doentes que necessitam de isolamento.

Neste momento considera que o serviço se encontra dotado de todos os recursos materiais necessários ao seu funcionamento, no entanto as condições físicas e estruturais não são as

melhores. As salas existentes são pequenas, não existe uma sala de tratamentos interna e os doentes que aguardam para realizar exames complementares de diagnóstico, ou se encontram a fazer terapêutica endovenosa estão alocados no corredor, o que compromete a sua privacidade. Para além disso as janelas e portas necessitavam ser substituídas e o sistema de climatização necessita ser renovado.

1.1.1.2 Recursos Humanos

A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira gestora, 6 enfermeiras especialistas em enfermagem médico-cirúrgica- a pessoa em situação crítica e 15 enfermeiros de cuidados gerais. Dos enfermeiros da equipa, 5 integram a equipa de pré-hospitalar – ambulância Suporte Imediato de Vida (SIV).

O método utilizado pela equipa de enfermagem é o método individual de trabalho, em que cada enfermeiro é responsável pelos cuidados prestados aos utentes durante o seu turno ou durante a permanência destes no serviço (Costa, 1999). A transição de cuidados é feita nos momentos de mudança de turno.

Os enfermeiros são alocados aos diferentes postos de trabalho: triagem, balcão e SO e distribuídos 2 no turno da noite, 4 no turno da manhã e 4 no turno da tarde. A redução do n.º de enfermeiros no turno da noite é justificada com a norma para o cálculo de dotações seguras. De acordo com a ordem dos enfermeiros (2014, p.21) “a fórmula a utilizar para o cálculo das dotações seguras, é por “Posto de trabalho” adaptado ao conhecimento casuístico e fluxos de procura ao longo do dia, semana e mês de cada serviço de Urgência”.

Diariamente a equipa médica do serviço de urgência é constituída por 2 médicos de medicina geral e familiar, 1 internista, 1 cirurgião, 1 ortopedista e 1 anestesista. O serviço conta ainda com o apoio de um médico radiologista em regime de prevenção.

Quanto aos Assistentes Operacionais: 2 no turno da manhã, 2 no turno da tarde e 1 no turno da noite e os Assistentes Técnicos: 1 no turno da manhã, 1 no turno da tarde, 1 no turno da noite e 1 de reforço das 12h às 20h

Existe ainda uma técnica de imunohemoterapia e um técnico de imagiologia em presença física as 24h, assegurando o serviço de patologia clínica e imagiologia respetivamente.

1.1.1.3 Análise da população

O Hospital serve a população do concelho, 20852 habitantes (PORDATA 2019) e a população dos concelhos limítrofes. Existem ainda alguns concelhos que embora não façam parte da área de influência da ULSNA (ULSNA, 2015), as suas populações procuram os serviços de saúde disponíveis neste hospital.

O SU é a porta de entrada do hospital, onde é realizada a primeira abordagem ao doente, que após estabilizado é encaminhado para os serviços de internamento da unidade hospitalar ou transferido para outro hospital com meios mais diferenciados. Sendo o primeiro hospital após a fronteira com Espanha, recebe os doentes de nacionalidade portuguesa transferidos do país vizinho.

Apesar de estar classificado como Serviço de Urgência Básica, é um serviço onde recorre todo o tipo de população: crianças, adultos, idosos, grávidas, com as mais variadas patologias médicas ou cirúrgicas, bem como o doente crítico.

Para prestar cuidados de excelência, implica que os enfermeiros da equipa tenham conhecimentos das diferentes áreas e desenvolvam competências específicas. Os enfermeiros do SU regem-se pelos padrões de qualidade, que configura um enorme desafio, pela vantagem da necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros e pela melhoria nos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

1.1.1.4 Análise de produção da unidade, Sistema Triagem de Manchester e gestão de doentes

A análise de produção do serviço foi elaborada com base nos dados facultados pelo gabinete de planeamento e controlo, para o ano de 2019. Durante este ano, foram atendidos neste serviço 29162 doentes o que dá uma média de 80 doentes por dia, como se pode verificar na tabela 1.

Tabela 1- Doentes admitidos no serviço de urgência (2019).

Serviço de Urgência	Ano 2019	Valores em %
N.º Atendimentos sem internamento	27094	93%
N.º Abandonos	557	2,7%
N.º Doentes SO (< 24h)	51	0,5%
Nº Internamentos SO	868	3,8%
Nº Atendimentos totais	29162	100%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Verifica-se que uma grande percentagem (93%), dos doentes que recorrem ao serviço de urgência, não carecem de internamento. Constata-se ainda que dos 868 (3,8%) doentes internados em SO, apenas 51 (0,5%), permaneceram internados num período < 24h.

Tabela 2- Doentes admitidos no serviço de urgência por dia\turno (2019)

Média de episódio/por dia/ por turno		
Turnos	Nº Episódios	Nº Episódios em %
0-8 h	8	10%
8 – 16 h	41	51,3%
16 – 24 h	31	38,7%
Total	80	100%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Da análise dos dados salienta-se um maior fluxo de doentes no turno da Manhã (8-16h) e menor percentagem de doentes admitidos no turno da Noite (0-8h), o que justifica a menor dotação de enfermeiros neste turno.

O despacho 1057/2015 de 2 de fevereiro reconhece como obrigatória a implementação de um sistema de triagem de prioridades nos serviços de urgência, com o objetivo “priorizar os doentes consoante a gravidade clínica com que se apresentam no serviço” (GPT, 2015).

O Sistema de Triagem de Manchester (STM), implementado no SU desde 2005, surge como uma ferramenta de auxílio na decisão clínica inicial, permitindo uma melhor gestão e planeamento de todas as situações clínicas que motivam a procura de um serviço de urgência. Este sistema permite identificar critérios de gravidade de forma sistematizada e objetiva, que sugerem a prioridade clínica e tempo alvo recomendado até à observação médica (GPT, 2015).

Este método de triagem permite, através da identificação de problemas, determinar prioridades. Ou seja, o principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde é avaliado num dos 50 fluxogramas existentes. Cada fluxograma é composto por discriminadores (perguntas), sendo que a primeira resposta positiva, determinará qual a prioridade adequada para a situação específica (GPT, 2015).

As prioridades que podem ser concedidas são emergentes (cor vermelho), muito urgente (cor laranja), urgente (cor amarela), pouco urgente (cor verde) e não urgentes (cor azul), estando atribuídas às cores, um tempo alvo, como mostra a figura nº1.

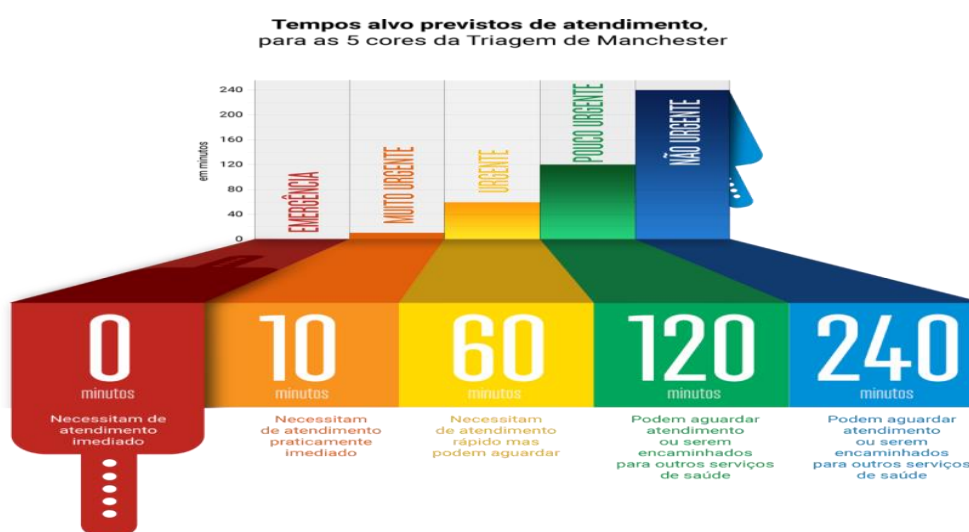


Figura 1 - Tempos previstos de atendimento para as 5 cores da Triagem de Manchester (Fonte in: site <http://www.grupoportuguestriagem.pt>)

Tabela 3- Distribuição de doentes triados por cor no serviço de urgência (2019).

Serviço de urgência		
Triagem de Manchester	Nº Episódios	% Atribuída
Vermelho	135	0,46%
Laranja	3295	11,30%
Amarelo	13765	47,20%
Verde	11223	38,49%
Azul	318	1,09%
Branco	376	1,29%
Não Aplicável	50	0,17%
Total	29162	100,00%

Font in: ULSNA, Adw, Alert®, 2019

Verifica-se que a prioridade urgente é predominante, com 47,2%, seguida da prioridade pouco urgente, com uma percentagem de 38,49%. As prioridades emergente, muito urgente e urgente, correspondem a 58,96% dos atendimentos e as prioridades pouco urgentes, não urgentes e os brancos correspondem a 40,87% dos atendimentos.

A taxa de doentes com prioridade pouco urgente, revela a fraca procura dos cuidados de saúde primários.

O **sistema de informação**, no qual são efetuados os registos no serviço de urgência é o ALERT. É um sistema de fácil utilização e acesso a todos os elementos da equipa multidisciplinar, permite a visualização total do serviço, o que facilita os cuidados ao doente (ALERT, 2020).

1.2. HOSPITAL DO ESPÍRITO SANTO DE ÉVORA, EPE

O HESE, EPE é a maior e principal unidade hospitalar do Alentejo e a que oferece cuidados mais diferenciados.

Tem como missão: “Prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de

recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.” (HESE, 2020).

Tem como **objetivos**: contribuir para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o setor social e privado; garantir a humanização dos cuidados e os direitos dos utentes; melhorar o acesso e a adequação da oferta de serviços; melhorar a eficiência técnica e económica; melhorar a qualidade dos cuidados e da organização dos serviços; Valorizar o capital humano; otimizar a utilização das tecnologias da informação e comunicação (HESE, 2020).

A área de influência abrange o Distrito de Évora, num total de 14 concelhos e toda a região do Alentejo, num total de 33 Concelhos (15 do Distrito de Portalegre, 13 do Baixo Alentejo e 5 do Alentejo Litoral), num total de 473.235 habitantes (estimativa INE, 2017).

1.2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do HESE, EPE

Situada no 5º piso do HESE, EPE, a UCIC é uma unidade específica, integrada no serviço de internamento de Cardiologia.

1.2.1.1. Recursos físicos e materiais

É composta por 6 unidades de doente com monitorização de cabeceira e possibilidade de monitorização invasiva ligadas a telemetria central. Por esta telemetria é também possível avaliar, de forma contínua, os parâmetros de 10 doentes da enfermaria. Dispõe ainda de ventiladores para ventilação invasiva e não invasiva.

Centralmente existe uma mesa de trabalho onde estão situados monitores que apresentam todos os dados de todos doentes monitorizados, para que a equipa multidisciplinar presente na unidade consiga ter uma vigilância constante e ampla não só de todos os doentes da unidade como também dos doentes monitorizados na enfermaria.

1.2.1.2. Recursos humanos

Tanto os enfermeiros como os assistentes operacionais que prestam cuidados na UCIC dividem o exercício das suas funções entre a Unidade e o serviço de internamento de Cardiologia. Por turno, existe a presença de 2 enfermeiros. A esta unidade dão apoio os médicos cardiologistas.

1.2.1.3. Análise da população

Os doentes internados nesta unidade, são doentes críticos, que vivenciam processos complexos de doença, nomeadamente, Síndrome Coronário Agudo, Disritmias Cardíacas, Insuficiência Cardíaca Descompensada, Edema Agudo do Pulmão. Especificamente, esta unidade recebe doentes provenientes da UADCI submetidos ou que aguardam a realização de Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICPP).

Durante este estágio houve oportunidade de conhecer a organização e estrutura física do serviço, bem como a equipa multidisciplinar que presta cuidados à pessoa com doença cardíaca em contexto de cuidados intensivos.

A consulta de documentação, nomeadamente protocolos, normas e manuais existentes no serviço e acompanhar o percurso do doente desde a admissão na unidade até à sua transferência ou alta, foram uma mais valia para o conhecimento da dinâmica do serviço.

Este estágio proporcionou a aprendizagem dos cuidados à pessoa com doença cardíaca, aperfeiçoando o domínio de técnicas, terapêuticas e contacto com tecnologias adjuvantes especializadas como a monitorização hemodinâmica invasiva, a interpretação de traçados eletrocardiográficos, as técnicas de cardiologia de intervenção, ventilação não invasiva e farmacologia de suporte inotrópico, entre outros.

Os sistemas de informação, nos quais são efetuados os registos na UCIC, são o ALERT e o SClinico.

1.2.2. Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção do HESE, EPE

A UADCI foi inaugurada em junho de 2009, todavia, apenas passou a funcionar 24 horas por dia a partir do início do ano de 2013 e exclusivamente para situações de emergência.

Esta alteração ao funcionamento do laboratório de Hemodinâmica permitiu dar resposta aos doentes de todo o Alentejo, sendo o primeiro serviço de apoio permanente à vítima de Enfarte agudo do Miocárdio (EAM).

A UADCI tem como missão o tratamento de doentes do foro cardíaco, permitindo a realização de angioplastias que são fundamentais para tratar doentes com EAM (HESE, 2020). As vítimas da doença coronária podem ser tratadas mediante a administração de trombolítico por via endovenosa, ou através da angioplastia primária, em caso de enfarte emergente. A angioplastia primária, quando realizada atempadamente e executada por equipas experientes, é a melhor opção para o tratamento do EAM com supradesnivelamento do segmento ST (Pereira et al., 2016).

Neste momento o serviço encontra-se numa fase de transição, para o primeiro Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) Cardiovascular do país, que integra cuidados cardíacos, vasculares e neurovasculares. Este novo modelo de gestão implementado vai permitir integrar os cuidados cardiovasculares (cardíacos, vasculares e neurovasculares) numa única unidade.

Os CRI estão contemplados no novo regime dos hospitais do setor público, publicado em Diário da República a 10 de fevereiro de 2017, sob a portaria 330/2017. Estes centros são constituídos por equipas multidisciplinares integrando médicos, enfermeiros, assistentes técnicos, assistentes operacionais, gestores e administradores hospitalares e outros profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade. Os CRI constituem-se através de formas de organização flexíveis direccionadas para dar respostas céleres e de qualidade às necessidades dos utentes.

1.2.2.1 Recursos físicos e materiais

A UADCI, situa-se no piso zero do HESE, EPE. Quanto ao espaço físico, é composto por duas unidades de exames diferenciadas - a unidade de Ressonância Magnética e duas salas de Angiografia.

A unidade é composta por uma sala ampla com três unidades equipadas (cama, monitor cardíaco com registo de ECG, Spo2 e TA, bomba e seringa infusoras) e prontas a receber doentes críticos antes ou após a realização de exames, bem como, cinco cadeirões para o mesmo efeito, sendo esta sala considerada o Recobro da Unidade e onde se faz o acolhimento do doente.

Este serviço recebe ainda os doentes que se encontram internados em qualquer outra especialidade do HESE, EPE que vêm realizar Ressonância Magnética, e, por conseguinte, podem necessitar do apoio anestésico e de enfermagem.

As salas de Angiografia são compostas por uma mesa equipada com aparelho de Raio-X, polígrafo, monitor desfibrilhador, eletrocardiógrafo, balão intraórtico, monitor de imagem digital para realização de OCT (tomografia de coerência ótica), ventilador, carro de emergência e todo o material necessário para realização do procedimento, como, cateteres, bainhas, introdutores, balões, stents, entre outros.

A Sala de Comandos é um espaço munido de diversos equipamentos informáticos, computadores, consolas de raio-X, visualizadores de imagem, polígrafos (registo do sinal fisiológico que provém do doente que está na mesa de angiografia), equipamento informático e software de registo de IVUS (Ultrassom Intra coronário – permite a quantificação da lesão por meio de imagens intravasculares). Nesta sala são produzidos os relatórios de angiografia e fornece todo o apoio logístico e informático à sala de Angiografia.

No serviço existe ainda o armazém do material de uso clínico e farmácia e uma zona de sujos.

1.2.2.2. Recursos humanos

A UADCI funciona de segunda a sexta-feira, das 8.00h às 21.00h, com equipa multidisciplinar presente. No período em que a UADCI está encerrada, as situações de urgência/emergência são asseguradas por uma equipa (médico, enfermeiro, Assistentes Operacionais (AO), técnico de Cardiopneumologia e técnico Radiologia) em regime de prevenção.

A equipa de enfermagem é constituída por 5 enfermeiros, mais 2 elementos que praticam horário rotativo entre a unidade e o serviço de cardiologia. Por turno estão distribuídos dois enfermeiros na prestação de cuidados. Quanto à restante equipa multidisciplinar: 3 assistentes operacionais (um por turno); 7 Técnicos de Radiologia (dois por turno); 5 Técnicos de Cardiopneumologia (dois por turno). Relativamente à equipa médica é constituída por diversas especialidades: Neurorradiologistas; Cardiologistas; Nefrologistas; Anestesiastas e Internos das várias especialidades médicas.

A UADCI está integrada no Serviço de Cardiologia, sendo a Enfermeira Coordenadora de Enfermagem a mesma, em conjunto com a Enfermeira Responsável da Unidade, que efetua a gestão da mesma.

1.2.2.3. Análise da população

A unidade dá resposta à população do Alentejo Central (Évora) com 153701 habitantes, do Alto Alentejo (Elvas e Portalegre) com 106.268 habitantes e ainda todo o Baixo Alentejo (Beja) com 117.213 perfazendo um total de 377.182 habitantes (PORDATA, 2019).

1.2.2.4. Análise de produção da unidade

De forma a contextualizar a dinâmica funcional e estrutural, importa referir que as intervenções realizadas na UADCI se dividem em três áreas distintas, cada uma com atividades diferenciadas, Cardiologia, Nefrologia e Vascular.

A especialidade de Cardiologia é a que mais atividades desenvolve na UADCI, subdividindo-se na área de Arritmologia com a realização de implantação de pacemakers definitivos e na área da Hemodinâmica com a realização de angiografias e angioplastia das artérias coronárias, realização de angiografia valvular para a preparação de cirurgia cardiotorácica e também a realização de coronariografia esquerda e direita. As atividades da área da Nefrologia são a angiografia de acessos venosos e arteriais, como fístulas arteriovenosas ou próteses para realização de hemodiálise; flebografias; implantação de cateteres centrais para hemodiálise e também desobstrução química de cateteres centrais para hemodiálise. Na área Vascular realizam-se angiografias e/ou angioplastias dos membros inferiores, da artéria aorta e carótidas e implantação de próteses aórticas.

Durante o estágio foi possível colaborar na prestação de cuidados de enfermagem aos doentes das diversas especialidades, fazer o acompanhamento do doente desde a admissão na sala até à alta para o domicílio ou transferência para a unidade de internamento, tendo sempre alicerçada às suas práticas não só o processo de enfermagem, com a avaliação e intervenção de acordo com a abordagem ABCDE.

2. ATIVIDADE DE INTERVENÇÃO MAJOR

Para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e grau de Mestre em enfermagem, existiu um percurso formativo com momentos teóricos e práticos. Desta forma, no estágio final, realizado no SU, a Atividade de Intervenção Major surge assim não só como preditor do processo de obtenção de competências especializadas, mas também como uma mais-valia para o serviço em questão.

Esta atividade surgiu no âmbito de um problema real encontrado e para o qual foram definidas e planeadas intervenções para a sua resolução, com recurso à Metodologia de Projeto. Segundo Ruivo, Nunes e Ferrito (2010, p.2) a metodologia de projeto “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto é promotora de uma prática fundamentada e baseada em evidência”. Estes autores acrescentam que objetivando a resolução de problemas e com conceitos comuns à metodologia de projeto, o planeamento em saúde incrementa um ganho de competências e aquisição de conhecimentos através da elaboração de projetos numa situação real (Ruivo, Ferrito, & Nunes, 2010).

Neste capítulo vão ser descritas as etapas necessárias para a implementação da atividade de intervenção major, sustentadas pela metodologia de projeto, tais como: (1) Diagnóstico de situação, (2) Definição de objetivos, (3) Planeamento, (4) Execução e avaliação e (5) Divulgação dos Resultados (Relatório).

2.1 FUNDAMENTAÇÃO

Os SU são considerados “a porta de entrada” dos hospitais e para os enfermeiros que desenvolvem a sua atividade nestes serviços, este é um espaço familiar. A ocorrência de uma catástrofe e/ou emergência multivítima, irá desencadear múltiplas alterações, nomeadamente a nível do espaço físico, da triagem ou da prestação de cuidados, com mudanças significativas relativamente à experiência do quotidiano. Desta forma, a resposta a uma situação de catástrofe,

não pode ser apenas considerada como um aumento da carga de trabalho. Esta implicará um grande desafio e mudanças que devem ser consideradas, não só pelos enfermeiros, bem como por toda a equipa multiprofissional (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2017).

Os enfermeiros do SU, encontram-se na linha da frente na receção às vítimas resultantes de uma catástrofe e/ou emergência multivítima, pelo que, é crucial refletir sobre experiências vivenciadas nestes contextos, para uma melhor prestação de cuidados.

O Hospital de Santa Luzia encontra-se localizado em Elvas, uma cidade transfronteiriça classificada pela UNESCO como património mundial e com excelentes condições de acessibilidade rodoviária, nomeadamente a A6, que permite ligação a Lisboa e Espanha. Todos estes fatores levaram ao desenvolvimento do turismo na região, com manifestações culturais de grande envolvimento e atração de pessoas a este local, que podem ser um dos fatores conducentes à existência de uma catástrofe e/ou emergência multivítima.

Desta forma, tendo em conta a competência específica do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica “*Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação*” e sendo a catástrofe uma área de interesse pessoal, após conversa com a enfermeira orientadora e enfermeira gestora do SU e posteriormente discutida a problemática com a Professora Orientadora, considera que a melhoria contínua na intervenção em catástrofe seria o tema a abordar na atividade de intervenção major.

A abordagem desta temática surge, também, da necessidade de atualização do Plano de Emergência (PE) do SU daquela unidade hospitalar. O plano foi atualizado por altura do Euro 2004 e desde então, a equipa de enfermagem já sofreu reestruturações significativas, o que por si só, já justifica a revisão do plano, bem como a divulgação do mesmo, pondo-o em prática, com treino.

Este projeto de intervenção assume um papel fundamental no seio da equipa do SU, de modo a capacitar os enfermeiros na atuação em situação de catástrofe e contribuir para uma melhoria dos cuidados. Para que a equipa de enfermagem seja capaz de dar uma resposta pronta numa situação de catástrofe, são de extrema importância a formação e o treino, de forma a permitir não só aumentar os seus conhecimentos teóricos sobre o tema, como conhecer a sua responsabilidade e área de intervenção (Sousa, 2012).

2.2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

No enquadramento teórico é descrito o tema da investigação que se pretende trabalhar, resulta de trabalhar uma ideia para orientar a investigação, que pode resultar de uma inquietação pessoal em relação a um domínio particular, de um conceito ou de uma observação da literatura (Fortin, 2009).

Desta forma, vão ser descritos os conceitos de catástrofe e prática simulada, bem como Modelo Qualidade-Cuidado® de Duffy, para enquadramento, compreensão e desenvolvimento da atividade de intervenção major.

2.2.1 Catástrofe

Do grego “katastrophé”, a palavra catástrofe, significa ruína, morte e refere-se a um acontecimento desastroso que envolve destruição (Porto Editora, 2003-2020).

São vários os conceitos que encontramos na literatura, diretamente relacionados com a catástrofe. Sendo também designada em artigos e publicações como desastre e acidente multivítimas, considera-se, portanto, imprescindível analisar a definição dos diversos conceitos, com vista ao entendimento global desta realidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) define catástrofe como qualquer acontecimento que cause estragos, destabilização económica, perda de vidas humanas e deterioração de saúde e dos serviços de saúde, a uma escala tal, que justifique uma mobilização excecional de apoios vindos de fora da comunidade ou da zona atingida. Mas o conceito de catástrofe vai muito além da sua definição e baseia-se em três componentes: afluxo intenso de vítimas, destruições de ordem material e desproporcionalidade acentuada entre os meios humanos e materiais de socorro e as vítimas a socorrer (Silva, Campos, Reis & Bandeira 2015).

De acordo com a lei de bases da proteção civil, no artigo 3.º da lei n.º 27/2006, de 3 de julho, republicada a 3 de agosto de 2015, p.5316, catástrofe é definida como “... acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional.”

Este regulamento acrescenta ainda que a emergência multivítima ao envolver um número de vítimas suficientemente elevado vai alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência. Exigindo um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vítimas e de lhe proporcionar o melhor tratamento, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis.

Desastres naturais e induzidos pelo homem ocorrem todos os dias em toda a biosfera e causam impactos catastróficos na saúde pública em termos de ferimentos, sofrimentos, mortes, destruição de infraestrutura e instalações (Minami H, Young-Soo S., 2015).

O Center for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED) define Desastre como um incidente ou incidentes que podem envolver um número significativo de indivíduos ou grupos de indivíduos, incluindo uma comunidade ou mesmo um país onde há o desenvolvimento de um evento ou eventos que podem afetar negativamente a saúde, economia ou meio ambiente, com necessidade de assistência local, nacional ou mesmo internacional às pessoas afetadas (CRED, 2009).

Todos estes conceitos estão associados entre si, pois são fenómenos que afetam negativamente a vida e que, por vezes, causam mudanças permanentes na sociedade ou no Ambiente. E independentemente da definição utilizada para catástrofe, são transversais a todas os conceitos de destruição de infraestruturas, da economia, do ambiente e de vidas humanas, sobrecarregando a capacidade de resposta dos indivíduos e comunidades (ICN & WHO, 2009).

Mas se anteriormente, as causas das catástrofes eram essencialmente de origem natural, a evolução tecnológica e a intervenção humana alteraram o rumo dos acontecimentos, verificando-se cada vez mais a ocorrência de catástrofes tecnológicas e relacionadas com o comportamento humano. A proliferação de armas químicas/biológicas, a disponibilidade de materiais e conhecimento científico de armas e o terrorismo apontam para uma probabilidade crescente de vítimas em massa (Silva et al., 2015).

O ICN (2009), considera que a gestão de uma catástrofe deve incluir as quatro fases do chamado ciclo da catástrofe: Mitigação/Prevenção, Preparação/Planeamento, Resposta e Recuperação/Reabilitação. De forma a existir uma unanimidade a nível internacional e com vista a minorar o impacto de uma catástrofe, devem ser desenvolvidas ações em cada uma das fases.

Tais como:

Fase da Mitigação/Prevenção – Ações realizadas antecipadamente com vista a minimizar os efeitos dos riscos, a gravidade e o impacto potencial de uma situação de emergência ou incidente crítico. Nesta fase está implícito a avaliação de riscos (análise das vulnerabilidades e riscos), internos e externos, que tenham impacto no desempenho do hospital (ICN, 2009).

Fase da Preparação – Identificação dos recursos, internos e externos, que podem ser utilizados em caso de emergência, através de um plano de emergência, formação dos profissionais, exercícios de treino, educação/sensibilização do público (ICN, 2009).

Fase de Resposta – São as políticas, procedimentos e protocolos implementados mediante determinadas condições e circunstâncias definidas (ICN, 2009).

Fase de Recuperação/Reabilitação – São as ações desenvolvidas após uma catástrofe de forma a restaurar os serviços mínimos e passar para uma recuperação a longo prazo. Incluem ações que facilitam um nível de estabilidade, avaliação dos danos e manutenção dos cuidados e dos apoios (ICN, 2009).

Em Portugal, perante a ameaça ou o acontecimento de uma situação de catástrofe e/ou emergência multivítima, o Plano Nacional de Emergência da Proteção Civil (PNEPC) encontra-se na base de todas as operações e tem como finalidade prevenir, mitigar, controlar, assistir, socorrer e evacuar as vítimas.

Este plano organiza a resposta dos vários agentes que constituem a Proteção Civil, nomeadamente, o corpo de bombeiros, as forças de segurança pública, as forças armadas, a autoridade marítima e autoridade aeronáutica, o INEM e os outros serviços de saúde e, os sapadores florestais (ANPC, 2012).

A nível mundial, a necessidade de criar estratégias que evidenciassem a prevenção, planeamento ou preparação e mitigação dos efeitos das situações de catástrofes, fez com que as nações unidas discutissem com as partes interessadas, planos de atuação e intervenção para a redução do risco de desastres, aprovados nas conferências mundiais. A conferência realizada em 2015 no Japão deu origem ao “Relatório de Sendai” para a Redução do Risco de Desastres 2015-2030. Neste documento ficou o compromisso dos países e organizações, em reduzir o risco e aumentar a resiliência dos povos face às catástrofes, como contributo para um desenvolvimento sustentável e para a erradicação da pobreza, privilegiando em simultâneo a cooperação internacional nas áreas da assessoria estratégica e a implementação de políticas e estratégias que a todos os níveis, fortalecessem a partilha de conhecimento e saberes (UNISDR, 2015).

Enfermeiros, serviços de saúde e catástrofe

Em situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, os serviços de urgência hospitalar são considerados os locais de eleição para o atendimento mais adequado às vítimas (Whetzel, Walker-Cillo, Chan, & Trivett, 2013), pelo que os seus enfermeiros se encontram na primeira linha de resposta a estas situações, tendo um papel preponderante na resposta às mesmas. Os profissionais dos serviços de urgência são a equipa de mão-de-obra inicial com aumento das suas responsabilidades durante emergências e crises nos locais hospitalares. Alta eficácia e

habilidades adequadas combinadas com capacidades factuais são extremamente necessárias para salvar vidas humanas e promover a saúde em situações de emergência (Minami H, Young-Soo S., 2015).

A crescente frequência de desastres em todo o mundo exige que os enfermeiros se preparem adequadamente de forma a mitigar as consequências negativas do evento na população afetada. Mas, apesar das crescentes iniciativas para preparar os enfermeiros para qualquer desastre, as evidências sugerem que eles estão pouco preparados para a resposta a desastres (Labrague, LJ, Hammad, K., et al., 2018).

Assim, foi recomendado pela OMS que todas as nações, independentemente da frequência dos acontecimentos, deverão preparar os seus profissionais de saúde para um desastre. Através da educação e treino, os enfermeiros podem ser munidos das competências e habilidades necessárias para uma atuação rápida e eficaz em situação de desastre (Kapur & Baéz, 2017). Os sistemas de saúde e a prestação de cuidados de saúde em situação de catástrofe só são bem-sucedidos quando têm enfermeiros dotados de conhecimentos, competências e habilidades para responder de forma rápida e eficaz.

Para Alfred et al., (2015), a enfermagem é o maior grupo de prestadores de cuidados de saúde, pelo que, todos os enfermeiros devem demonstrar competência e um conjunto de habilidades de enfermagem de catástrofe. A WHO & ICN (2009) salientam também a importância da investigação em enfermagem de catástrofe, a fim de fornecer informações para a tomada de decisões baseadas em evidência, relativamente à prática, educação e política.

Diversos estudos sugerem incluir formação em gestão de catástrofe no currículo de enfermagem, proporcionando aos enfermeiros a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área (Al Thobaity, Plummer, Innes & Copnell, 2015; Labrague *et al.*, 2016).

Nos Estados Unidos da América por exemplo, existe a figura do Enfermeiro de Catástrofe – *Disaster Nurse*. Em Portugal a EMC: PSC surge como a área de especialização mais direcionada para fazer face a estas situações, já que segundo a OE (2018), “dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência com multi-vítimas, da conceção à ação” é uma competência específica do Enfermeiro Especialista em PSC.

Mas neste tipo de cenários complexos como são as catástrofes ou emergências com multi-vítimas, o papel do enfermeiro não se limita à prestação de cuidados diretos à PSC, desenvolvendo outras funções nas diferentes fases da catástrofe, seja no controlo de infeção, na participação em planos de contingência, na triagem, na imunização em massa ou na evacuação em massa e no tratamento em massa (Sylvia & Danita, 2013).

Triagem em catástrofe

Numa situação de catástrofe, a triagem tem como propósito salvar tantas vítimas quanto possível, assegurando a melhor prestação de cuidados (Oliveira *et al.*, 2012).

Como referido anteriormente, em Portugal, nos serviços de urgência está implementado o Sistema de Triagem de Manchester, cujo objetivo é priorizar os doentes consoante a gravidade clínica. Dos 50 fluxogramas que dão resposta à queixa apresentada pelos doentes e que abrangem quase todas as situações apresentadas nos serviços de urgência, dois foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe, Catástrofes-Avaliação Primária e Catástrofes- Avaliação Secundária (GPT, 2010).

Durante uma catástrofe, a metodologia da triagem primária é completamente diferente da usada no dia-a-dia. Este fluxograma permite assegurar a rápida avaliação (15 segundos por cada vítima/triagem) de um elevado número de vítimas que cheguem em simultâneo. São utilizados discriminadores muito simples, dividindo os doentes em 4 categorias (vermelho, amarelo, verde e preto), selecionando em primeiro lugar as vítimas menos graves. O fluxograma correspondente à triagem secundária na catástrofe é usado para reavaliar rapidamente um grande número de vítimas, já inicialmente observadas na triagem primária. De forma a triar um grande número de vítimas adequadamente, é utilizado o instrumento TRTS (Triage Revised Trauma Score), que se baseia na codificação de três variáveis: estado de consciência, frequência respiratória e pressão arterial sistólica (GPT, 2010).

A triagem assume assim uma importância extrema na organização e funcionamento dos serviços de urgência. Sendo efetuada pelos enfermeiros, destaca-se assim o papel fundamental dos mesmos, não só na avaliação inicial, como também no respetivo encaminhamento e tratamento (Hammad, Arbon, Gebbie, & Hutton, 2012).

Planos de emergência

Em relação aos Planos de Emergência (PE), vários estudos destacam a importância de os hospitais terem um plano de prontidão que possa ser usado para lidar com os aumentos na procura por serviços de saúde, dado que são fundamentais para a gestão eficaz de qualquer catástrofe (Koka, P.M., *et al.*, 2018; Nofal, A., *et al.*, 2018).

Um PE pode ser definido como um conjunto de regras, normas e procedimentos, com o objetivo de minimizar os efeitos dos desastres, de forma a gerir adequadamente os recursos humanos e materiais (Araújo, 2012).

Com o objetivo de reforçar a importância de uma cultura de prevenção, planeamento, segurança e gestão de risco, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2010), definiu no seu manual os princípios gerais da elaboração do Plano de Emergência das Unidades de Saúde (PEUS), estabelecendo um conjunto de procedimentos necessários a uma ação coordenada, integrada, eficaz e eficiente por parte de todos os profissionais da instituição. Mas, para que o PEUS seja executado de uma forma eficaz é necessário que cada profissional conheça a sua missão, o seu papel e a sua ação, de modo a desempenharem as suas funções de forma coordenada.

O PE permite que a Unidade de Saúde possa acionar de uma forma rápida e racional os meios indispensáveis de gestão e resposta face a um acontecimento com consequências sanitárias graves, e em que estão ultrapassadas as capacidades imediatas de resposta.

2.2.2. Modelo Qualidade-Cuidado©

Classificado como teoria de médio alcance, o Modelo Qualidade-Cuidado foi desenhado por Duffy e Hoskins (2003) à luz da Teoria do Cuidado Humano de Watson e do modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian, recebendo também contribuições dos trabalhos de King, Mitchell e Irvine. Embora orientado à prática, compreende aspetos multidimensionais de cuidado humano combinados com os componentes de qualidade.

Associa o paradigma do cuidado humano e o da qualidade e foi proposto para avaliar, analisar e orientar a prática profissional de Enfermagem com foco nos resultados positivos de todos os envolvidos e na qualidade dos cuidados.

Segundo Duffy & Hoskins (2003, pág.80) “o modelo reflete a tendência para a prática baseada em evidências enquanto simultaneamente representando a contribuição única da enfermagem para a qualidade cuidados de saúde”, sendo este bastante completo ao integrar fatores biomédicos e psico-socio-espirituais associados à qualidade dos cuidados (Duffy & Hoskins 2003). O conceito de pessoa refere-se a um ser multicontextual ligado a um mundo pluralístico, com o qual tem uma relação de interdependência. Nesta perspetiva, enfermeiros, pacientes, familiares, e outros prestadores de cuidados de saúde trabalham em conjunto para que ocorram mudanças positivas na saúde (Duffy & Hoskins, 2003).

O Modelo Qualidade-Cuidado© tem como foco principal os resultados de cuidados centrados em relacionamentos, e dirige-se numa tendência de prática baseada em evidências. Os seus principais componentes são estrutura, processo e resultados, constituídos

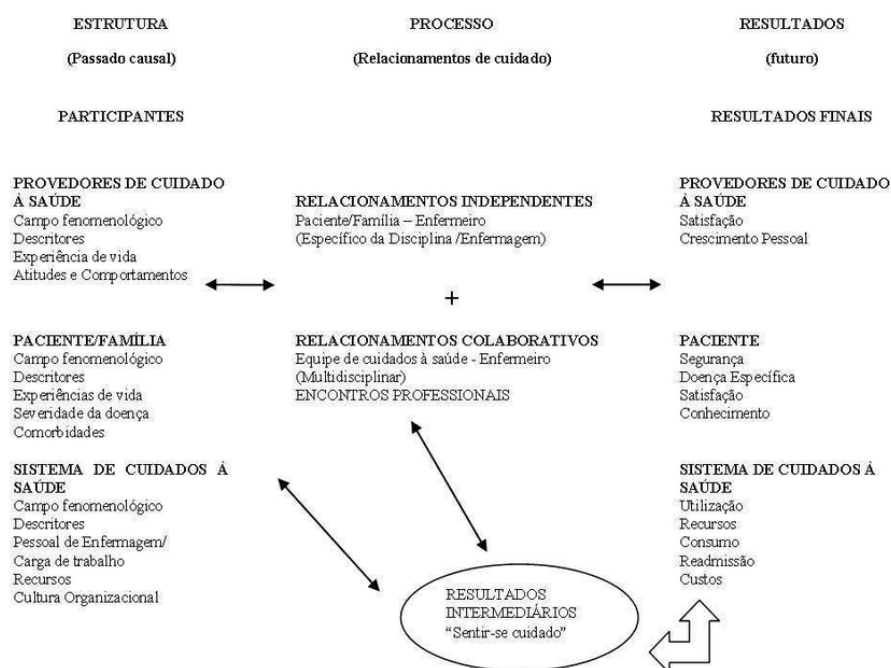
respetivamente por: participantes, relações de cuidados, sentir-se cuidado e saúde (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

A estrutura é o primeiro componente, em que os participantes são os provedores de cuidado à saúde, os pacientes/famílias e o sistema de cuidado à saúde. Cada um deles tem características singulares inseridas num campo fenomenológico próprio, que direta ou indiretamente podem influenciar tanto os processos como os resultados dos cuidados de saúde (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

O processo é o segundo componente deste modelo e diz respeito aos relacionamentos do cuidado, dos quais há dois tipos: os relacionamentos independentes e os relacionamentos colaborativos. Os relacionamentos independentes são específicos da disciplina de Enfermagem e englobam as interações com o paciente e família, nas quais os enfermeiros atuam com autonomia e pelas quais são os únicos responsáveis. Por sua vez, os relacionamentos colaborativos, incluem aquelas atividades e responsabilidades que os enfermeiros, numa relação de complementaridade, dividem com outros membros da equipa de cuidados de saúde. Ambos com um propósito comum, o cuidado ao doente, contribuindo para resultados positivos e qualidade dos cuidados (Duffy & Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

O terceiro e último componente é o resultado, que corresponde ao constructo futuro e relaciona-se com a perspetiva futura relativamente aos participantes do primeiro componente. Distinguem-se, os resultados intermediários, que se traduzem numa mudança no comportamento, é o “sentir-se cuidado”, e que podem ou não influenciar os resultados finais, os quais afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento (Duffy, 2009).

Figura n.º 2 - Modelo Qualidade-Cuidado



Font in: Venturi, Wolff, Meier, Montezeli, & Peres, 2009, Adaptado de Duffy, Quality care in Nursing. p.36

Um princípio importante do Modelo Qualidade-Cuidado© é a compreensão de que os componentes de estrutura, processo e resultados são uma função do tempo e circunstâncias, e não simplesmente uma cadeia linear de acontecimentos. O modelo descreve um número ilimitado de fatores inter-relacionados que influenciam os três componentes centrais, num ciclo dinâmico de possibilidades, na busca contínua pela excelência. É apresentado como uma estratégia facilitadora, proporcionando um modelo holístico e de participação, para guiar o programa de avaliação no contexto da prática dos cuidados (Duffy, 2009).

O Modelo Qualidade-Cuidado© pode ser utilizado como a base para intervenções de enfermagem, bem como um guia para a prática de investigação, existindo diversas divulgações relativas à aplicação deste modelo na investigação em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, durante a hospitalização, relativamente à segurança e qualidade dos cuidados (Duffy, 2009; Duffy et al., 2015).

2.2.3. Prática simulada

A simulação aplicada aos cuidados de saúde está presente cada vez mais nos serviços de saúde bem como na formação académica. É importante preparar os enfermeiros com habilidades e conhecimentos necessários na gestão de situações de catástrofe e acidentes multivítimas. Esse processo de planeamento deve incluir a realização de exercícios, que podem variar de discussões informais a cenários simulados em larga escala envolvendo vários grupos profissionais. Tais exercícios demonstraram benefícios para as organizações e pessoal de saúde, permitindo a avaliação das estratégias atuais e melhorando a competência geral, a confiança e a preparação dos profissionais de saúde (Croke, L., 2019).

Vários estudos demonstraram que os exercícios de simulação oferecem inúmeras vantagens para os profissionais de saúde. Aprimoram o conhecimento das atividades de emergência, melhoram a competência e a confiança. Outra vantagem é o aumento da capacidade de identificar lacunas ou limitações nos planos, protocolos ou procedimentos para que as soluções possam ser implementadas (Skryabina et al., 2017; Vandenberg & Davidson, 2015). Perante um acidente multivítimas, o enfermeiro deve estar capacitado para tomar decisões rápidas, definir prioridades e realizar uma abordagem completa ao doente, requerendo para tal, organização e olhar crítico no decorrer do atendimento às vítimas. Dessa forma, a simulação contribui para a formação de enfermeiros tornando-os mais capacitados e com pensamento reflexivo (Silva et al., 2020).

A simulação permite também o treino de equipas multidisciplinares, ou seja, constituídas por elementos que apesar de se complementarem na prática clínica não têm muitas oportunidades de aprendizagem conjuntas, de treino de atuação, do processo da tomada de decisão e de comunicação em equipa (Aggarwal et al., 2010; Martins, 2017).

Em termos académicos, de acordo com Almeida et al. (2016), a simulação assume-se como “uma estratégia pedagógica” que se tem fortalecido entre as metodologias de ensino. A aprendizagem adquirida em contexto de pacientes simulados diminui a possibilidade de erros e aumenta a segurança ao enfrentar uma situação real.

A simulação e o treino simulado são reconhecidos como estratégias pedagógicas fundamentais na formação de profissionais de saúde, com impacto em várias dimensões que vão desde a Satisfação do estudante à Segurança da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem. Ajudam a consolidar conhecimentos, conferindo-lhe valor, desenvolvendo habilidades técnicas e relacionais e ajudam a criar regras e hábitos para pensar e refletir, o que contribui para o desenvolvimento de profissionais competentes, sendo tudo realizado em ambiente seguro para o estudante, o docente e a pessoa alvo de cuidados. O reconhecimento de que a simulação é

uma importante estratégia de ensino, de aprendizagem e de avaliação, nos diferentes níveis do ensino de enfermagem, tem vindo a ser apontada por vários autores, que enfatizam sobretudo os ganhos para os estudantes (Baptista, Martins, Pereira & Mazzo, 2014; Martins et al., 2012).

Associado à simulação, o *debriefing* estruturado, enquanto método sistematizado de discussão e de reflexão sobre a ação, contribui para melhores resultados (Coutinho, Martins & Pereira, 2014).

Além de uma ferramenta valiosa aplicada aos cuidados de saúde e à formação académica, a prática simulada é também uma importante estratégia para treinar os profissionais de saúde no sentido de uma prática mais segura (Durham, 2014), atempada e seguindo as recomendações internacionais, minimizando os erros e aumentando o sentido de responsabilidade dos formandos perante a sua prática clínica.

Sendo atualmente a segurança em saúde um problema pertinente, fruto da preocupação de entidades de saúde internacionais, como a OMS e nacionais, como a DGS e definida como uma prioridade transversal na prestação de cuidados de saúde no mundo (WHO, 2015), em todo o processo de prestação de cuidados, a segurança deve ser um objetivo presente. A transferência da aprendizagem em contexto simulado para a prática clínica tem também vindo a ser estudada (McGaghie, Draycott, Dunn, Lopez, & Stefanidis, 2011), demonstrando-se a eficácia da simulação a este nível, com vários estudos que apontam os ganhos especificamente associados à segurança do doente (McGaghie et al., 2011; Martins et al., 2012; Baptista et al., 2014), por uma maior qualidade nos cuidados prestados e pela ocorrência de menos erros.

Desta forma, a simulação tem-se demonstrado eficaz na construção de práticas seguras em diversas áreas.

2.3 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O Diagnóstico de Situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e segundo Ruivo et al., (2010, p.10), “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar”. É um processo contínuo, que tem como objetivo corresponder às necessidades de saúde das populações. Deve caracterizar-se pela rapidez de realização, de forma a possibilitar uma ação em tempo útil e contemplar a recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa que da mesma forma contribuirá para a mudança pretendida.

Para diagnóstico da situação baseou-se no relatório de um simulacro realizado no serviço no dia 29/05/2018 (Anexo I), no plano de catástrofe já existente, embora desatualizado e na entrevista não estruturada à enfermeira gestora e enfermeira orientadora.

Posteriormente, foi elaborada uma análise swot por forma a identificar os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças.



Figura 3- Análise swot

Para além da análise swot e do relatório do simulacro, foi aplicado um questionário aos enfermeiros para complementar o diagnóstico da situação.

A recolha de dados foi efetuada através da aplicação do *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET-PT) – Preparação dos Enfermeiros Perante Uma Situação de Catástrofe*, para caracterização da amostra, avaliação da perceção dos enfermeiros sobre a sua preparação perante uma situação de catástrofe e diagnóstico das necessidades de formação. (Santos Cátia & Dixe Maria A., 2014)

O *Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET©)*, é um instrumento originalmente desenvolvido por Bond e Tichy, em 2007, com o intuito de avaliar a perceção dos “Nurse practitioners” para a catástrofe (Khalaileh *et al*, 2010). “Nurse practitioner” é um grau

académico que confere mais competências ao enfermeiro, sendo especializado numa determinada área (American Nurses Association, 2014).

Posteriormente, Khalaileh et al (2010), no seu estudo, validaram para a população árabe o *Disaster Preparedness Evaluation Tool* (DPET®).

A versão Portuguesa do instrumento denominou-se DPET-PT e foi validada para a população portuguesa por Santos e Dixe, em 2014. Tendo demonstrado boas características psicométricas, denotando ser válida e fiável para ser aplicada a enfermeiros portugueses e podendo ser aplicada na prática clínica, investigação e formação. A DPET-PT para além de um valor global apresenta também três fatores: gestão pós-catástrofe, competências relacionadas com “o saber” e competências relacionadas com “o fazer” (Santos & Dixe., 2014).

O DPET-PT (4ª versão) é um instrumento composto por 45 itens do tipo *Likert*, com seis opções de resposta, que vão desde discordo fortemente a concordo fortemente. Estes itens estão agrupados em três dimensões distintas: Preparação para catástrofe, Mitigação e Nível de evolução de uma catástrofe.

Para além destes itens, existem dezoito questões de resposta aberta ou resposta fechada, que dizem respeito às características sociodemográficas e profissionais, formação e necessidades de formação dos enfermeiros sobre catástrofes.

Para este estudo, tendo em conta o tamanho da amostra e devido à lei de proteção de dados, foram excluídas duas questões.

Os questionários DPET-PT (4ª versão) foram aplicados a 20 enfermeiros do SU, tendo-se obtido uma taxa de resposta de 100%.

De salientar que os instrumentos foram disponibilizados em formato papel no serviço. (Anexo II)

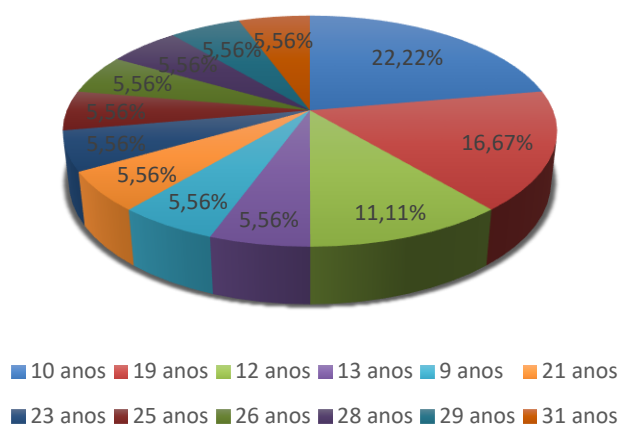
2.3.1 População alvo

A população alvo neste estudo é constituída por todos os enfermeiros do SU do HSLE. A equipa é composta por 22 enfermeiros, no entanto, foram incluídos no estudo apenas 20, uma vez que um dos enfermeiros é o investigador e o outro, a enfermeira gestora. (n=20)

Sendo uma amostra pequena, a idade e o género não fazem parte da caracterização, salvaguardando a proteção de dados, cumprindo o *Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados* (RGPD). Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto.

No gráfico nº1 verifica-se que os enfermeiros do SU têm entre 9 e 31 anos de experiência profissional, sendo que 22,22% dos enfermeiros têm em média 10 anos de serviço, seguindo-se 16,67% dos enfermeiros com 19 anos de serviço. Sendo por isso uma equipa relativamente jovem.

Gráfico nº1-Distribuição da amostra por anos de experiência como enf. °



No Gráfico nº2 verifica-se que todos os enfermeiros possuem licenciatura em Enfermagem e 30% é detentor do título de Mestre.

Gráfico nº2-Distribuição da amostra por nível de escolaridade



2.3.2 Procedimentos éticos

Para implementação do projeto, foi solicitado parecer da comissão de ética e autorização do estudo ao Conselho de Administração da ULSNA, tendo a comissão de ética emitido parecer favorável e o Conselho de Administração autorizado a realização do mesmo (Anexo III). Foi também apresentada proposta do projeto ao Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre, que deliberou parecer favorável (Anexo IV).

Foi contactada a autora do questionário, solicitando autorização para a sua aplicação, que foi cedida (Anexo V).

O consentimento escrito, livre e esclarecido dos participantes no estudo é essencial à manutenção da ética na conduta de investigação. (Fortin, 2009), pelo que foi elaborado um documento, de acordo com a norma nº15/2013 da DGS, que foi facultado aos participantes (Apêndice II). Aquando da autorização dos participantes foi reforçado que as informações seriam confidenciais e anónimas, que poderiam desistir quando o desejassem e disponibilizada toda a informação relativa ao esclarecimento de dúvidas.

2.4 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Na segunda etapa da metodologia são traçados os objetivos da intervenção. Os objetivos que definem os resultados que se pretendem atingir, podendo ir desde objetivos mais gerais a objetivos mais específicos (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, foi definido como **Objetivo Geral:**

- Capacitar os enfermeiros do serviço de urgência na atuação em situação de catástrofe.

E como **objetivos específicos:**

- Uniformizar procedimentos na atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe;
- Construir uma instrução de trabalho sobre atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe;
- Apresentar a instrução de trabalho à equipa de enfermagem;
- Avaliar junto da equipa de enfermagem a relevância da instrução de trabalho.

2.5 PLANEAMENTO

O Planeamento é a terceira etapa da metodologia de projeto, onde se elabora um plano detalhado do projeto, são definidas as atividades a desenvolver, métodos e técnicas de pesquisa e respetivo cronograma. A escolha das atividades, meios e estratégias a implementar devem ir de encontro aos objetivos previamente definidos (Ruivo et al., 2010).

Desta forma, nesta fase, tendo por base os objetivos específicos definidos, foram delineadas as atividades a desenvolver, definidas estratégias e elaborado o respetivo cronograma (Apêndice III). Contudo este instrumento é flexível, sendo possível a sua reformulação em qualquer altura mediante os objetivos a atingir. Uma vez atingidos os objetivos específicos, dá-se resposta ao objetivo geral.

As várias fases de planeamento da atividade de intervenção major são apresentadas de forma esquemática na figura 4.

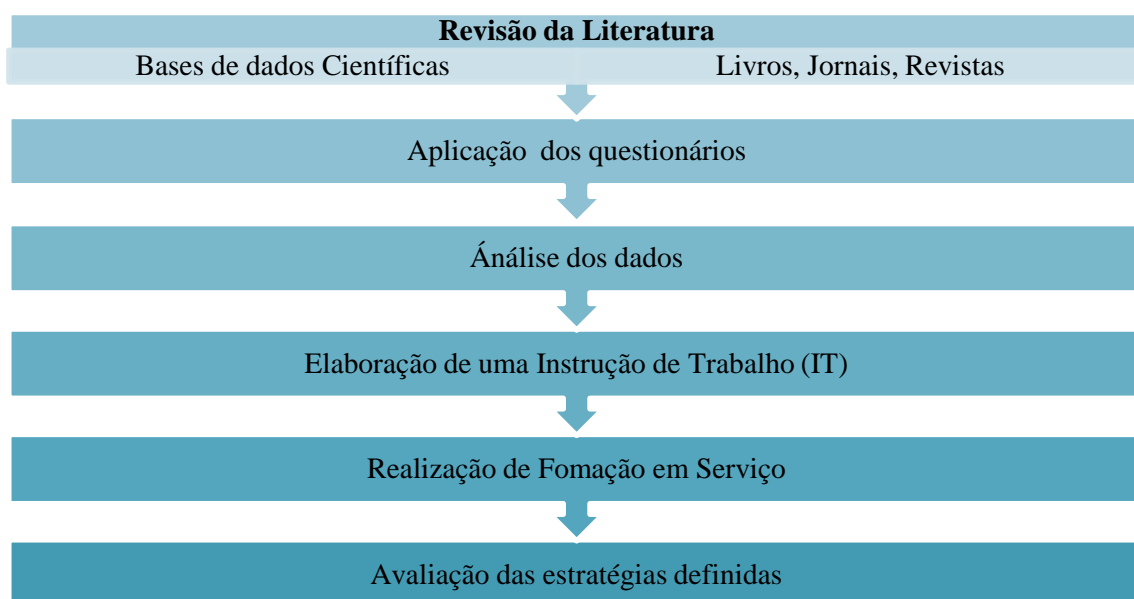


Figura 4 – Fases de Planeamento da atividade de intervenção major

Para a consecução destas fases foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização de pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre as temáticas envolvidas, nomeadamente, catástrofe, prática simulada, teorias de enfermagem, em especial a Teoria da Qualidade dos Cuidados de Joanne Duffy, competências do enfermeiro especialista, competências de mestre em enfermagem, doente crítico;

- Realização de reuniões com a Professora Orientadora e Enfermeira Orientadora do Estágio, sempre que necessário;
- Aplicação de questionário, instrumento DPET-PT, com vista a caracterizar a amostra, para diagnóstico das necessidades de formação da população alvo;
- Tratamento de dados do questionário e interpretação dos resultados;
- Elaboração de uma **instrução de trabalho (IT)** de acordo com as novas guidelines (Apêndice IV) da atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe, definindo as funções de cada enfermeiro nos respetivos postos de trabalho;
- Realização de sessões de formação em serviço com o tema “Atuação dos enfermeiros do SU em situação de catástrofe” (Apêndice V);
- Avaliação das estratégias definidas, recorrendo à prática simulada. Avaliação é feita com recurso a uma **grelha de observação** (Apêndice VI).

2.6 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

Após o planeamento surge a execução, que segundo Ruivo et al., (2010, p.23), “A etapa da Execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.”

No início do estágio consultou o que estava estipulado no âmbito da catástrofe, nomeadamente o PE e os Kits de catástrofe (Anexo VI). Os 20 Kits existentes no serviço, foram revistos de acordo com a check-list.

Posteriormente foi aplicado o questionário aos enfermeiros do serviço e foi feito o tratamento e análise dos dados.

Após esta análise e de acordo com as novas guidelines, foi elaborada a instrução de trabalho de forma a dar resposta às necessidades identificadas na análise dos questionários.

Foram realizadas 3 sessões de formação em serviço, durante as passagens de turno, tentando englobar o maior número de profissionais possível, com recurso a uma apresentação em *PowerPoint* (Apêndice V).

Nestas sessões foram apresentadas as guidelines e foi apresentada e validada a instrução de trabalho.

De acordo com a metodologia de projeto procedeu-se posteriormente à avaliação. É na avaliação que se questiona o trabalho desenvolvido (Ruivo et al., 2010). Para avaliação das

estratégias definidas, foram realizadas 5 sessões, de forma a avaliar a performance dos enfermeiros na resolução de cenários multivítimas, através de casos clínicos concretos, com recurso à prática simulada e utilizando uma grelha de observação (Apêndice VI).

O objetivo das sessões foi perceber a preparação da equipa perante uma situação de catástrofe após a formação realizada, comparando os resultados obtidos no início do estudo com os resultados finais.

2.7 RESULTADOS

A partilha de resultados é fundamental, de forma a que a sociedade científica possa ter acesso aos mesmos. A sua divulgação consiste num dever ético por parte do investigador. (Ruivo et al., 2010)

2.7.1 Resultados do Questionário

O questionário foi aplicado aos enfermeiros do SU, que concordaram em participar. Numa população total de 22 enfermeiros, 20 integraram a amostra.

A estrutura da base de dados e a introdução dos dados foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Da transformação dos dados e da estatística realizada, apuram-se os resultados que se passam a descrever.

Das 63 questões da escala original foram retiradas 2 questões sociodemográficas, referentes ao género e ano de nascimento, de forma a salvaguardar a proteção de dados, dando cumprimento ao RGPD. Ficaram assim 61 questões.

Neste capítulo, apresentam-se os resultados sendo que se optou por não seguir a mesma sequência do instrumento. Os resultados foram agrupados em quatro categorias: características profissionais e académicas, fase de preparação para a catástrofe, fase de mitigação (alívio de resposta de uma catástrofe) e nível de evolução de uma catástrofe (começa imediatamente após a catástrofe)

As perguntas de resposta aberta, foram tratadas contabilizando as respostas e calculando a sua frequência, uma vez que os participantes optaram por escrever pouco e respostas rápidas.

a) Características profissionais e académicas

A equipa de enfermagem do SU tem em média 18,30 anos de experiência profissional. Relativamente à formação base todos os elementos possuem licenciatura e 30% têm grau académico de mestre. (tabelas 4 e 5)

Tabela 4 - Distribuição da amostra quanto ao tempo de experiência profissional

	Nº	Mínimo	Máximo	Média
Quantos anos de experiência tem como enf ^o	20	9	31	18,30

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à formação académica

	Nº	%
Licenciatura em enfermagem	14	70
Mestrado em enfermagem	6	30

b) Preparação para a catástrofe

Relativamente à formação de base, constata-se que 20% dos inquiridos abordaram a temática da catástrofe. Ao longo da carreira profissional o enfermeiro faz investimentos na sua formação, neste SU não é exceção, sendo que 35% foi instruído em pós-graduações e depreende-se que houve um investimento relativamente à formação na área da catástrofe onde 45% dos inquiridos frequentaram cursos neste âmbito e 70% participaram em simulações de catástrofe (tabela 6). Apesar de não fazer parte do questionário, em entrevistas não estruturadas percebe-se que esta formação e treino é maioritariamente lecionada pelo INEM. No entanto nenhum enfermeiro do serviço participou numa situação real de catástrofe.

Tabela 6 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à formação e participação em situações de catástrofe e tipo de catástrofes em que participaram

	Sim	Não
Participei numa catástrofe	0%	100%
Participei ou participo em cursos sobre catástrofe	45%	55%
Realizei simulações em instalações como enf^o	70%	30%
Fui instruído sobre catástrofe na pós-graduação em enf.	35%	65%
Fui instruído sobre catástrofe na licenciatura em enf.	20%	80%

65% dos participantes não se sentem preparados para atuar em situações de catástrofe, necessitando de formação em todas as áreas assinaladas na tabela seguinte (tabela 7). De salientar que 90% necessita de saber o seu “papel (competências) como enfermeiro numa situação de catástrofe”, 80% pretende formação sobre recursos na sua comunidade, como contatos de encaminhamento/referenciação e 75% dos inquiridos refere ter necessidade de formação sobre agentes biológicos e químicos e formas de identificar os sinais e sintomas.

Tabela 7- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto às áreas onde necessitam de mais formação e educação sobre catástrofe

	Sim	Não
Sinto-me preparado para enfrentar uma catástrofe	35%	65%
Estado de recuperação: perturbação aguda de stress, de pós-stress traumático e intervenção em crise	55%	45%
Recursos na minha comunidade como contatos de encaminhamento/referenciação	80%	20%
Agentes biológicos e químicos e os seus diagnósticos diferenciais e tratamentos	65%	35%
Agentes biológicos e químicos e formas de identificar os sinais e sintomas	75%	25%
Quais os riscos potenciais existentes na minha comunidade em caso de catástrofe	70%	30%
O meu papel (competência) como enf^a numa situação de catástrofe	90%	10%

Mais de metade da amostra, ou seja, 55%, não participa em formação, seminários ou conferências sobre preparação para catástrofe, mas 95% dos inquiridos está interessado na formação sobre esta temática (tabela 8).

Tabela 8- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à participação e interesse na formação sobre preparação para catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Participo em formação, seminários ou conferências sobre preparação para catástrofes	25%	30%	0%	25%	15%	5%
Estou interessado em formação sobre preparação para catástrofe	0%	0%	5%	5%	20%	70%

60% dos inquiridos refere ler artigos sobre preparação para catástrofe, embora mais de metade dos enfermeiros considere que a literatura sobre o tema não é facilmente acessível. 65% refere saber onde encontrar dados ou informações relevantes, mas uma grande parte, ou seja, 80% não está ciente da existência de aulas de preparação para catástrofe (tabela 9).

Tabela 9- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à literatura e informação sobre preparação para catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo o	Concordo fortemente
Considero que a literatura sobre preparação e gestão de catástrofes é facilmente acessível	10%	5%	50%	20%	10%	5%
Leio artigos sobre preparação para catástrofe	10%	25%	5%	25%	35%	0%
Considero que a literatura sobre preparação para catástrofes é compreensível	5%	0%	30%	30%	30%	5%
Sei onde encontrar dados ou informações relevantes	0%	5%	30%	35%	20%	10%
Estou ciente da existência de aulas de preparação para catástrofe	30%	45%	5%	5%	10%	5%

Em relação à triagem, 75% refere estar familiarizado com o sistema de triagem de catástrofe (tabela 10).

Tabela 10- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao sistema de triagem de catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo o	Concordo fortemente
Estou familiarizado com o sistema de triagem usado em situações de catástrofe	5%	0%	20%	20%	30%	25%

70% dos enfermeiros conhece os seus limites do conhecimento e competências para agir em situações de catástrofe (tabela 11).

Tabela 11- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao conhecimento e competências para agir como enfermeiro na atuação em situações de catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Conheço os limites do meu conhecimento e competências para agir como en ^f para atuar em situações de catástrofe	0%	20%	10%	10%	45%	15%

Embora 65% dos inquiridos esteja ciente dos potenciais riscos da sua comunidade, 75% não está familiarizado com o sistema de resposta de emergência local. Por outro lado, mais de metade pensa haver apoio suficiente das autoridades locais do concelho, região ou nível nacional e 60% sabe contatos de encaminhamento/referenciação em caso de uma situação de catástrofe (tabela 12).

Tabela 12- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à preparação da comunidade para uma situação de catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Estou ciente dos potenciais riscos na minha comunidade	5%	15%	15%	40%	25%	0%
Sou considerado um líder de destaque na minha comunidade numa situação de catástrofe	55%	15%	5%	15%	10%	0%
Penso que há apoio suficiente das autoridades locais do concelho, região ou nível nacional	10%	0%	35%	35%	20%	0%
Sei contatos de encaminhamento/referenciação em caso de uma situação de catástrofe	10%	15%	10%	25%	35%	5%
Estou familiarizado com o sistema de resposta de emergência local para catástrofes	15%	25%	35%	10%	15%	0%
Sei quem contactar em situações de catástrofe na minha comunidade	5%	20%	15%	25%	25%	10%

Simulacros

Em relação a simulacros no local de trabalho todos os enfermeiros referiram não existir simulacros de catástrofe ou emergência com regularidade no seu local de trabalho e nenhum participou numa situação real de catástrofe no decorrer da sua carreira de enfermagem (tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à existência de simulacros no local de trabalho e à sua participação em situações reais de catástrofe

	Sim	Não
No decorrer da sua carreira de enf ^o , participou numa situação real de catástrofe	0%	100%
Existem simulacros de catástrofe ou emergência com regularidade no seu local de trabalho	0%	100%

Plano de emergência

Apesar de toda a equipa referir ter conhecimento da existência de um plano de emergência ou de catástrofe na instituição, 50% não têm a certeza se seria corretamente executado em caso de catástrofe. 40% consideram não saber o nível de preparação para as catástrofes no sistema de saúde na sua comunidade (tabela 14).

Tabela 14 – Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à sua opinião sobre o plano de emergência e catástrofe na instituição e comunidade

	Sim	Não	Não tenho a certeza
Sabe se o seu local de trabalho tem um plano de emergência ou de catástrofe	100%	0%	0%
Sente-se confiante de que o plano de emergência do seu local de trabalho seria corretamente utilizado em caso de catástrofe	5%	45%	50%
Sei o nível de preparação para as catástrofes no sistema de saúde da minha comunidade	10%	40%	50%

Apenas 25% participa na elaboração de PE na sua comunidade e 80% refere não participar na criação de manuais (guidelines) e planos de emergência que influenciam melhorias a nível local ou nacional (tabela 15).

Tabela 15- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à participação na elaboração de PE

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Participo na elaboração de PE na minha comunidade	45%	30%	0%	5%	10%	10%
Participo ou participei na criação de manuais (guidelines) e PE que influenciam melhorias a nível local ou nacional	75%	5%	0%	10%	5%	5%

Apenas 20% concorda ter um plano de emergência pessoal/familiar implementado e 90% refere nem ele nem familiares terem acordado como executar o próprio plano de emergência (tabela 16).

Tabela 16- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto a possuir um PE

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Eu e os meus familiares temos acordado como executar o nosso plano de emergência	70%	15%	5%	5%	5%	0%
Tenho um plano de emergência pessoal/familiar implementado	55%	10%	15%	15%	5%	0%

Bioterrorismo

Cerca de 85% dos enfermeiros não foi formalmente preparado para situações de catástrofe de bioterrorismo (tabela 17.)

Tabela 17- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Preparação em situações de bioterrorismo

	Sim	Não
Foi formalmente preparado para situações de catástrofe de bioterrorismo	15%	85%

65% dos inquiridos refere não saber executar procedimentos de isolamento, em caso de bioterrorismo, ataques biológicos ou químicos e 75% não sabe usar procedimentos de

descontaminação em caso de bioterrorismo. Já em relação ao uso de EPI, a equipa está melhor preparada, sendo que 60% sabe usar o equipamento de proteção individual (tabela 18).

Tabela 18- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Procedimentos de Isolamento e equipamento

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Sei executar procedimentos de isolamento, em caso de bioterrorismo, ataques biológicos ou químicos	25%	20%	20%	20%	15%	0%
Sei usar procedimentos de descontaminação em caso de bioterrorismo	40%	25%	10%	15%	10%	0%
Sei como usar o EPI em caso de bioterrorismo ou ataques biológicos ou químicos	20%	10%	10%	35%	20%	5%

Em relação à gestão em catástrofe, 70% dos inquiridos considera não estar preparado (tabela 19).

Tabela 19- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto GESTÃO EM CATÁSTROFE

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Considero-me preparado para a gestão de catástrofes	15%	30%	25%	25%	5%	0%

c) Fase de Mitigação

Quanto à preparação dos inquiridos na fase de Mitigação (alívio e nível de reposta de uma catástrofe), contacta-se que 80% da equipa consegue identificar possíveis indicadores de exposição em massa, 60% sente-se confiante para responder rapidamente em situação de catástrofe e 55% é capaz de descrever o seu papel na fase de resposta a uma catástrofe. 65% dos inquiridos refere conhecimentos acerca de intervenções para cuidar de pessoas que experienciaram trauma emocional ou físico e consegue gerir os sintomas e reações comuns dos sobreviventes de catástrofes. Em contrapartida a maioria dos enfermeiros não se sente confiante

Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Portalegre

nem familiarizado na implementação de planos de emergência e procedimentos de evacuação, na organização logística, em providenciar formação aos doentes, bem como na parte da gestão de um abrigo de emergência (tabela 20).

Tabela 20- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto à fase de mitigação

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Sinto-me confiante em providenciar formação ao doente sobre stress e perturbações relacionadas com trauma	15%	25%	35%	20%	5%	0%
Sinto-me confiante na implementação de planos de emergência e procedimentos de evacuação	5%	30%	25%	25%	10%	5%
Estou familiarizado com a organização logística e funcionamento das entidades locais e nacionais	15%	20%	15%	35%	10%	5%
Numa situação de catástrofe, sinto-me confiante para cuidar de pessoas, sem supervisão médica	15%	25%	15%	35%	10%	0%
Sinto-me confiante como gestor ou coordenador de um abrigo de emergência	30%	25%	25%	15%	5%	0%
Sinto-me confiante para responder rapidamente em situação de catástrofe	0%	15%	25%	45%	15%	0%
Sou capaz de descrever o meu papel na fase de resposta a uma catástrofe	10%	5%	30%	50%	5%	0%
Tenho conhecimento acerca de intervenções para cuidar de pessoas que experienciaram trauma emocional ou físico	5%	20%	10%	50%	15%	0%
Consigo gerir os sintomas e reações comuns dos sobreviventes de catástrofes	0%	25%	10%	50%	15%	0%
Consigo identificar possíveis indicadores de exposição em massa	0%	10%	10%	55%	20%	5%

Na tabela 21, podemos constatar que os inquiridos não se sentem confiantes nem familiarizados no que respeita ao Bioterrorismo

Tabela 21- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto Bioterrorismo na fase da mitigação

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
No caso de bioterrorismo sei como elaborar uma história clínica e avaliação específica para os agentes biológicos e químicos usados	15%	50%	25%	5%	5%	0%
Sinto-me confiante para ser membro de uma equipa de descontaminação	25%	45%	15%	10%	50%	0%
Sinto-me confiante no reconhecimento dos sinais e sintomas indicando potencial exposição de agentes biológicos ou químicos	20%	50%	15%	15%	0%	0%
Estou familiarizado com os principais grupos de armas biológicas, os seus sinais e sintomas e o tratamento eficaz	45%	35%	10%	5%	5%	0%

d) Nível de evolução de uma catástrofe (começa imediatamente após a catástrofe)

Em relação ao nível de evolução, 55% dos inquiridos refere estar familiarizado com o seu papel como enf. ° numa situação de pós catástrofe. No que respeita a lidar com Perturbação de Pós Stress Traumático (PPST), 85% não estão familiarizados em como fazer uma avaliação de saúde direcionada, 75% não se sente confiante para atuar nestas situações e 70% refere não ser capaz de diferenciar os sinais e sintomas de Perturbação aguda de stress e PPST (tabela 22).

Tabela 22- Distribuição das respostas dos inquiridos quanto ao nível de evolução de uma catástrofe

	Discordo fortemente	Discordo	Discordo em parte	Concordo em parte	Concordo	Concordo fortemente
Sinto-me confiante para atuar em situações de perturbação aguda de stress ou PPST	20%	35%	20%	25%	0%	0%
Estou familiarizado em como fazer uma avaliação de saúde direcionada para PPST	35%	35%	15%	15%	0%	0%
Participo em avaliações com os pares sobre competências na preparação e resposta para a catástrofe	40%	20%	15%	20%	5%	0%
Estou familiarizado com o meu papel como enfº numa situação de pós catástrofe	5%	20%	20%	35%	20%	0%
Sou capaz de diferenciar os sinais e sintomas de Perturbação aguda de stress e PPST	15%	35%	20%	20%	10%	0%
Sinto-me confiante em providenciar estratégias de coping para doentes com experiências traumáticas	30%	30%	30%	10%	0%	0%

Exemplo/ideia que faria com que estivesse melhor preparado para a gestão de uma situação de catástrofe

Os simulacros (32%) era o que maioritariamente fariam os participantes para se prepararem melhor para a gestão de uma situação de catástrofe, seguindo-se a formação (24%), de referir também que uma percentagem significativa (28%) não respondeu a esta pergunta (tabela 23).

Tabela 23 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “O que faria com que estivesse melhor preparado para a gestão de uma situação de catástrofe.”

O que faria com que estivesse melhor preparado	Nº	%
Formação/Formação específica	6	24%
Formação em serviço	2	8%
Simulacros	8	32%
Formação prática simulada	1	4%
Definir equipas, com especificações das funções	1	4%
Não respondeu	7	28%
Total	25	100%

Quanto à prioridade que dariam à formação acerca de preparação e gestão de catástrofes se fosse inserida no currículo, os dados na tabela 24 demonstram uma grande diversidade de respostas dadas a esta questão, sendo, no entanto, de realçar que 14,2% entendem ser prioridade

elevada para que esta formação. Seguida de prioridade moderada, prioridade urgente e um tema muito prioritário com 9,5%. De salientar que 28,5% não respondeu a esta questão.

Tabela 24 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Que prioridade que daria à formação acerca de preparação e gestão de catástrofes se fosse inserida em currículo”

Prioridade que daria à formação acerca de preparação e gestão de catástrofes	Nº	%
Elevada	3	14,2%
Moderada	2	9,5%
Urgente	2	9,5%
Intermédia	1	4,7%
Preferencial	1	4,7%
Obrigatória	1	4,7%
Formação anual com recurso a simulacros. Formação teórico-prática	1	4,7%
Formação na área	1	4,7%
Tema muito prioritário	2	9,5%
Prioridade no currículo de todos os enf's, principalmente nos que trabalham nos SU	1	4,7%
Não respondeu	6	28,5%
Total	21	100%

Mais uma vez, uma grande percentagem, 35%, não respondeu a esta questão. Os restantes, há a salientar a necessidade de formação, com 15% das respostas e de uma forma geral, pode concluir-se que a equipa não se considera capaz de responder a uma variedade de situações de catástrofe (tabela 25).

Tabela 25 - Distribuição das respostas dos inquiridos à questão “Como percebe a sua atual capacidade em responder a uma variedade de situações de catástrofe?”

Como percebe a sua atual capacidade em responder a uma variedade de situações de catástrofe	Nº	%
Insuficiente	2	10%
Muito reduzida	1	5%
Limitada	1	5%
Estável, mas insegura	1	5%
Com necessidade de aprendizagem	2	10%
Com necessidade de formação	3	15%
Considero não estar preparada nos vários domínios	1	5%
Efetuada revisões sistemáticas	1	5%
Aceitável pela experiência, mas deficiente pela formação	1	5%
Não respondeu	7	35%
Total	20	100%

O fato de haver uma percentagem significativa da amostra que não respondeu às últimas 3 questões, é justificada por estas serem perguntas abertas.

2.7.2 Resultados da formação

A formação deu a conhecer o plano de emergência existente no serviço e como e quando deve ser ativado, a função do Gabinete de crise, o funcionamento do SU durante uma situação de catástrofe, a avaliação primária e secundária na Triagem de catástrofe, o encaminhamento de doentes (Anexo VII) e as funções a desempenhar por cada membro da equipa.

Ficou definido:

- Elaborar cartões de ação, que sintetizam as ações a desempenhar por cada profissional em cada posto de trabalho (Apêndice VII);
- Elaborar um documento de registo em cada área onde consta a origem e destino do doente (Apêndice VIII);
- Adquirir armário e equipá-lo com material adequado à situação de catástrofe, a sua localização deve ser estratégica, sendo proposto o gabinete de triagem;
- Adquirir coletes de identificação para os diferentes profissionais e suas funções;
- Colocar no chão linhas de encaminhamento de doentes;
- Elaborar um poster com algoritmo de atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe, a colocar junto ao armário de catástrofe (Apêndice IX);
- Alterar Plano de Catástrofe, sempre que surja evidencia pertinente;
- Planear e executar a conceção de um simulacro no serviço de urgência.

A formação revelou-se bastante produtiva e foi unânime a pertinência do tema. Permitiu validar o material existente no serviço, nomeadamente o PE e o conteúdo de cada Kit de catástrofe (Anexo VI), bem como a sua organização e disposição no SU. Foi validada a IT.

2.7.3 Resultados da prática simulada

Como referido anteriormente, posteriormente à formação, foram realizadas 5 sessões de prática simulada para avaliar a performance dos enfermeiros na resolução de cenários multivítimas, A observação foi feita com recurso a uma grelha (Apêndice VI) e no gráfico nº3 estão expostos os resultados das sessões.

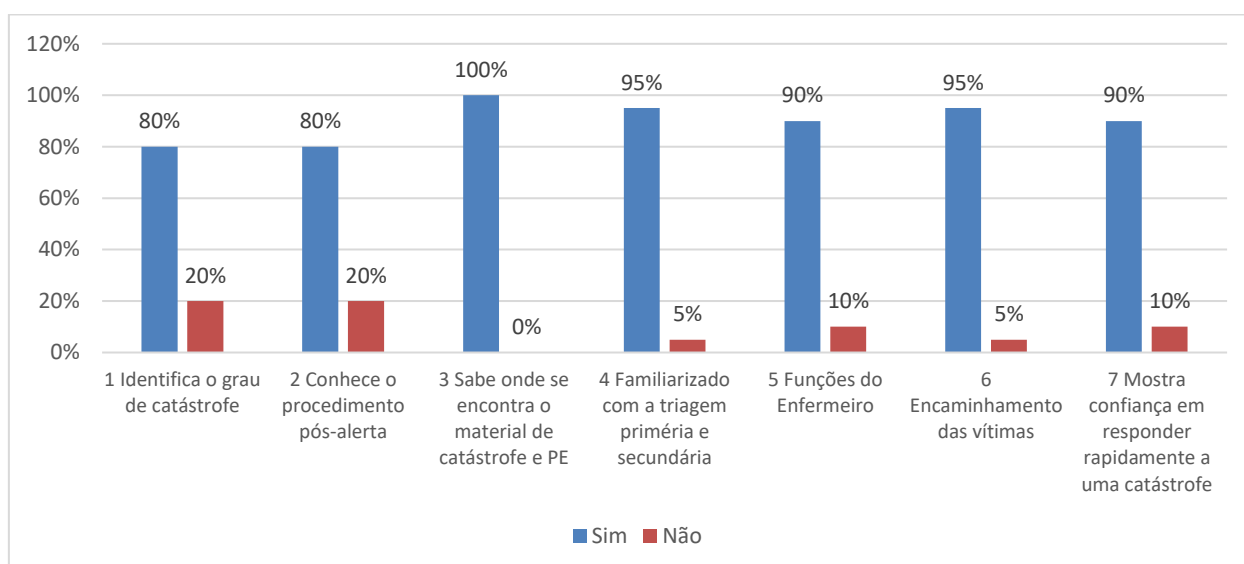


Gráfico n°3- Observação da prática simulada

Após a formação, a confiança dos enfermeiros em responder a uma situação de catástrofe aumentou de 60% para 90%. 95% estavam interessados em formação sobre esta temática, nomeadamente no seu papel (competência) como enfermeiro numa situação de catástrofe e atualmente 90%, conhecem as suas funções perante uma situação de catástrofe e 95% demonstrou saber como fazer o encaminhamento das vítimas. 16 enfermeiros, ou, seja 80% da amostra, identificou o grau de catástrofe e revelou conhecer o procedimento pós-alerta. A totalidade dos enfermeiros sabe onde se encontra o material de catástrofe no serviço, bem como o PE e 95% está familiarizado com a triagem em catástrofe.

2.8 DISCUSSÃO

Em Portugal, a experiência na resposta a uma situação de catástrofe é ainda muito limitada, e tendo em conta que a nível mundial o número de catástrofes de várias etiologias continua a aumentar (EUR-Lex, 2010; NDLSF, 2012) é pertinente aceder às perceções dos enfermeiros acerca da sua preparação para a catástrofe, uma vez que são um grupo profissional de grande importância na resposta a um evento deste género. Só acedendo ao nível de preparação dos enfermeiros se poderá desenvolver e implementar programas de formação específica e eficaz, podendo ser incluída na formação base ou como complemento à mesma.

Neste capítulo pretende-se fazer uma comparação com os resultados obtidos no início do estudo com os resultados finais, obtidos durante a prática simulada, após a formação em serviço,

mas também com outros estudos, nomeadamente o da validação da escala DPET, que serviu de base a esta atividade.

A amostra deste estudo é constituída por 20 enfermeiros e trabalham todos no mesmo serviço, uma amostra pequena comparada com outros estudos, nomeadamente o estudo que teve por base a validação da escala utilizada, que era composta por 152 enfermeiros de diferentes serviços (Santos & Dixe, 2014).

Verifica-se que os itens em que o nível de preparação para a catástrofe é melhor são: “Eu estou familiarizado com o sistema de triagem usado em situações de catástrofe”, “Eu sei onde encontrar dados ou informação relevante relacionados com a preparação e gestão de catástrofes”, “Conheço os limites do meu conhecimento e competências para agir como enfermeiro na atuação em situação de catástrofe”. Estes dados não diferem muito do estudo de Dixe & Santos (2014), já em comparação com o estudo de Khalaileh *et al* (2012), denotam-se algumas diferenças, provavelmente por os 2 primeiros serem aplicados na população portuguesa e o último na população árabe.

A perceção da fraca preparação para a catástrofe, são corroborados pelas respostas dos inquiridos às questões sobre preparação e necessidades de formação, ou seja, os enfermeiros referiram ter uma insuficiente capacidade de responder a uma variedade de situações de catástrofe, sendo que 65% dos participantes não se sentem preparados para atuar em situações de catástrofe necessitando de formação em todas as áreas assinaladas. A área em que 90% dos enfermeiros referem necessitar de formação é relativa ao “papel (competências) como enfermeiro numa situação de catástrofe”. Após a formação, a confiança dos enfermeiros em responder a uma situação de catástrofe aumentou de 60% para 90%. 95% estavam interessados em formação sobre esta temática, nomeadamente no seu papel (competência) como enfermeiro numa situação de catástrofe e atualmente 90%, conhecem as suas funções perante uma situação de catástrofe e 95% sabe como fazer no encaminhamento das vítimas.

A totalidade dos enfermeiros responderam que o serviço tem um plano de emergência, mas 50% não tem a certeza de que esse plano seria bem executado perante uma catástrofe. Em consonância com outros estudos, os enfermeiros têm uma fraca participação na “elaboração de planos de emergência e catástrofe na sua comunidade”, e em “avaliações com os pares sobre competências na preparação e resposta para a catástrofe”. Como referido por Smith e Hewison (2012) e Hammad *et al* (2012) os planos de emergência são uma forma de preparação para a resposta a uma catástrofe, mas necessitam de ser postos em prática, em simulacros, e ser renovados regularmente para serem eficazes, o que confronta as respostas dadas pelos inquiridos,

pois todos os enfermeiros referiram não existir simulacros com regularidade no seu local de trabalho e nenhum participou numa situação real de catástrofe.

Desta forma, os simulacros foram apontados pelos enfermeiros como a melhor forma de se prepararem para gerir uma situação de catástrofe, seguindo-se a formação específica. A necessidade de formação acerca de preparação para catástrofe é apontada pelos enfermeiros noutros estudos como o de Dixe & Santos (2014), ou Khalaileh *et al* (2012).

No Regulamento N.º 429 das competências do enfermeiro especialista em EMC:PSC (OE, 2018, p.19363) está descrito que o enfermeiro deve demonstrar “conhecimento do Plano Nacional, Distrital e Municipal para situações de emergência e catástrofe”, no entanto, neste estudo os enfermeiros sentem-se moderadamente preparados, em relação a “contatar o responsável pelo plano de emergência e catástrofe, em situações de catástrofe na sua comunidade, sabendo quem contatar”. Ainda assim 80% afirma que gostaria de obter mais formação relativa a “recursos da comunidade como contatos de encaminhamento/referenciação, departamentos de saúde, contatos de emergência, a cadeia de comando e abrigos comunitários”.

Atualmente em Portugal, todos os enfermeiros triadores têm o curso de triagem de Manchester, que inclui um módulo onde se aborda a triagem em catástrofe. Como os enfermeiros da amostra exercem funções no SU, podemos inferir, que grande parte terá esta formação. Dos 20 enfermeiros, 75% refere estar familiarizado com o sistema de triagem de catástrofe, o que, em comparação com outros estudos estão mais bem preparados. Após a formação em serviço, verificou-se que 95% dos enfermeiros está familiarizado com a triagem em catástrofe, nomeadamente a triagem primária e secundária.

Sendo o enfermeiro um elemento central nas várias áreas da prestação do socorro perante uma catástrofe, espera-se que em cada uma destas áreas, cada profissional atue de forma segura, atempada, respeitando os direitos dos doentes e com base em evidências científicas, tanto ao nível das atividades autónomas, como interdependentes (Martins, 2009). No entanto o presente estudo indica que apenas 45% dos enfermeiros se sentem confiantes para cuidar de pessoas de forma independente, sem supervisão médica.

Em comparação com outros estudos, que demonstraram que a experiência prévia em situações de emergência e catástrofe estavam relacionadas com melhores níveis de preparação (Duong, 2009; Hammad *et al*, 2012), e a experiência trouxe um aumento de competências, no presente estudo nenhum enfermeiro participou numa situação real de catástrofe.

No que respeita à formação académica, 30% dos enfermeiros deste estudo possuem mestrado em enfermagem, mas no questionário não está especificado se possuem especialidade,

pelo que, não dá relacionar a preparação dos enfermeiros em situação de catástrofe, com o tipo de especialidade, o que num estudo futuro seria pertinente a introdução desta questão no questionário.

Embora existindo poucos enfermeiros com estudos avançados em relação ao total da amostra, estes sentem-se mais bem preparados para enfrentar uma catástrofe (tabela 26), o que está em concordância com outros estudos.

Tabela 26- Comparação do nível de escolaridade com a preparação para enfrentar uma catástrofe

			Qual o seu nível de escolaridade		Total
			Licenciatura em enfermagem	Mestrado em enfermagem	
Sinto-me preparado para enfrentar uma catástrofe	Sim		42,9%	57,1%	100,0%
	Não		84,6%	15,4%	100,0%

Independentemente do nível de preparação e grau de formação, de estarem ou não definidas as competências do enfermeiro perante uma catástrofe, a triagem assim como outras competências poderão ter que ser efetuadas se a situação de catástrofe o exigir, pois, como referido por Benner (2001) ser enfermeiro em qualquer contexto implica, acima de tudo, uma obrigação e um compromisso de cuidar de pessoas sendo os profissionais responsáveis por uma prática segura, e por conhecerem a ciência e a tecnologia atualizada.

No questionário, foi referido por 95% dos enfermeiros o interesse em formação sobre preparação para catástrofe, após a mesma, 16 enfermeiros, ou, seja 80% da amostra, identificou o grau de catástrofe e revelou conhecer o procedimento pós-alerta e apenas 5% da amostra, ou seja, 1 enfermeiro, teve dúvidas no encaminhamento das vítimas. A totalidade dos enfermeiros sabe onde se encontra o material de catástrofe no serviço. Com estes dados, constata-se que a formação foi eficaz e atualmente os enfermeiros do SU estão mais bem preparados para atuar numa situação de catástrofe.

Por coincidência, após conclusão do estágio e no decurso da elaboração deste relatório, a palavra Pandemia passou a fazer parte do nosso quotidiano, já que o mundo enfrenta potencialmente uma das situações infecciosas mais difíceis das últimas décadas, o Covid-19.

Face a esta situação invulgar, houve necessidade de reorganizar e adaptar os serviços de saúde. O SU onde decorreu o estágio e foi implementada a atividade de intervenção major não

foi exceção e teve de se adaptar a esta nova realidade. Sendo o serviço onde exerce funções atualmente, teve oportunidade colaborar na organização do serviço, onde foram criados dois circuitos distintos e a sala de isolamento já existente foi adaptada para receber doentes covid. Colaborou também na criação de Kits de covid, que contêm o equipamento de proteção individual (EPI) e na formação dos profissionais quanto ao uso dos mesmos, nos procedimentos de colocação e remoção dos EPI, segundo as normas da DGS.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

Um Enfermeiro especialista possui um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e detém as competências do enfermeiro de cuidados gerais, mais aprofundadas, é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019, p. 4744).

Neste capítulo pretende fazer uma análise reflexiva das atividades realizadas ao longo dos estágios, que permitiram a aquisição e o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em EMC: PSC e competências de mestre, surgindo estas fundamentadas conjuntamente.

3.1 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E MESTRE EM ENFERMAGEM

Independentemente da sua área de especialidade existe um conjunto de competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, denominadas de competências comuns. Estas estão divididas em quatro domínios: Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; Domínio da gestão dos cuidados e Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE,2019).

Neste âmbito, serão explorados individualmente cada um dos domínios, agrupados às competências de mestre.

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

- **Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

A1- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;

A2- Garante práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019, p.4746).

- **Competência de Mestre**

3. Tem capacidade para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais (A3ES, 2014, p. 26).

De forma a dar resposta a esta competência foi necessário pôr em prática conhecimentos adquiridos na Unidade Curricular(UC) de Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem, lecionada durante a etapa teórica do curso de Mestrado em Enfermagem, bem como rever documentos, tais como o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Dec. Lei nº 161/96 de 4 de Setembro de 1996 e a deontologia profissional, descrita no capítulo VI da Lei 156/2015 de 16 de setembro.

Na nossa prática diária somos desafiados a indagar sobre diferentes aspetos ético-legais e compete aos enfermeiros responsabilizarem-se pelo exercício das suas funções prestando cuidados de excelência, assumindo o compromisso empírico de cuidar individualmente cada cliente, ao longo do seu ciclo vital, procurando promover a sua qualidade de vida.

Durante os estágios, as intervenções foram planeadas tendo como referência o **artigo 99º** “Princípios Gerais” do Conselho de Enfermagem, que refere que o enfermeiro deve agir de acordo com a exigência da situação em questão, tendo, como premissa máxima a dignidade da pessoa. O enfermeiro deve exercer a sua profissão de acordo com princípios orientadores, nomeadamente, a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, o respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Dec. Lei nº 156, 2015).

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal assenta na tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, respeitando os direitos humanos e promovendo uma prática segura no que diz respeito a dignidade humana. Ao longo dos estágios e como forma a prestar cuidados eficientes e dignos ao utente, teve sempre presente o **artigo 100º** “Dos Deveres Deontológicos em Geral”, o **artigo 102º** “Dos Valores Humanos”, o **artigo 103º** “Dos direitos à vida e a qualidade de vida”, o **artigo 105º** “Dever de informar”, o **artigo 106º** “Do dever de sigilo”, o **artigo 107º** “Do respeito pela intimidade” e o **artigo nº110** “Da humanização dos Cuidados”.

A admissão hospitalar causa sensação de fragilidade nos pacientes, que vêm a sua intimidade e privacidade serem quebradas. O enfermeiro deve demonstrar preocupação com a proteção da privacidade do paciente e elaborar cuidados que minimizem o constrangimento a que este é exposto.

Durante o estágio sentiu que a privacidade dos utentes nem sempre é preservada, nomeadamente no SU. A estrutura física do serviço, aliada à forte afluência são um entrave à satisfação plena deste direito. Assim, teve sempre a preocupação de manter a privacidade e preservar a intimidade dos doentes, aquando da realização de cuidados, bem como, sensibilizar a restante equipa para este problema, procurando analisar erros e apresentar soluções para que a intimidade dos clientes seja preservada e protegida.

Atualmente existe a possibilidade de qualquer cidadão manifestar previamente a sua vontade acerca dos tratamentos médicos que quer ou não ser submetido, através das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), assegurando antecipadamente que a sua vontade é respeitada.

O Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (2014, p.4) define DAV como “um documento, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou os que não pretende receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. O documento pode ser alterado ou revogado pelo utente a qualquer momento”

Tendo por base um trabalho de grupo realizado na UC Epistemologia, Ética e Direito em Enfermagem alusivo ao tema e após verificar que, embora seja um tema atual, a sociedade não está devidamente esclarecida acerca desta temática, foi realizada formação na área. Foi efetuada formação aos enfermeiros do serviço através da apresentação de um poster (Apêndice X) afixado num dos corredores do serviço e foi também elaborada uma sessão de esclarecimento à população através da distribuição de *flyers* aos utentes e colocação de um cartaz sobre as DAV (Apêndice XI) na sala de espera do serviço.

Considera ter realizado ao longo dos estágios uma prática segura, profissional e ética, que levou à aquisição e desenvolvimento desta competência.

Domínio da melhoria contínua da qualidade

▪ Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

B1. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

B2. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

B3. Garante um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019, p.4747).

▪ **Competência de Mestre**

5. Participa de forma proactiva em equipas e projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais (A3ES, 2014, p.26).

Apostar na qualidade em saúde é primordial para uma melhoria contínua no sistema de saúde. Revelando uma preocupação constante na melhoria da qualidade dos cuidados e na implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade, a Ordem dos Enfermeiros publicou em 2001 os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), do qual emergiram os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: satisfação dos clientes, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidados dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. Em 2015 a OE publica o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, onde acresce a prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados. (OE, 2015a). Assim, a sua conduta durante os estágios teve sempre como referência os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

De forma a introduzir medidas de melhoria da qualidade foram criadas políticas de qualidade em saúde, tais como a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, aprovada pelo Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, que visa assegurar que as funções de governação, coordenação e ação local, centradas no doente, estão devidamente padronizadas, com respeito pelas dimensões da efetividade, eficiência, acesso, segurança, equidade, adequação, oportunidade, continuidade e respeito pelo cidadão, de forma a garantir os direitos dos doentes através da qualidade e segurança dos cuidados de saúde (DGS, 2015a).

Qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente são conceitos indissociáveis e devem ser encarados como uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais e gestores. Neste sentido, integrado na Estratégia Nacional para a Qualidade da Saúde, surge o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, que visa, apoiar os gestores e os clínicos do SNS na gestão de risco, associada à prestação de cuidados de saúde (DGS, 2015b).

Este plano tem como objetivos estratégicos o aumento da cultura de segurança e da comunicação, o aumento da segurança cirúrgica, a segurança na utilização da medicação, a prevenção da ocorrência de quedas e de úlceras por pressão, bem como a identificação inequívoca dos doentes, assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (DGS, 2015).

Durante os estágios foi possível consultar protocolos de cada serviço e conhecer os projetos em curso com vista a satisfação dos pressupostos, quer nacionais, quer institucionais.

No SU, a nível institucional decorrem alguns projetos de melhoria contínua na área da segurança do doente, que são sujeitos a programas de auditoria. Para Toga (2014) a auditoria clínica em saúde é uma mais-valia na melhoria contínua dos cuidados, na gestão do risco e para que o controlo interno da instituição seja eficaz.

Um dos projetos diz respeito à transição de cuidados nos serviços de urgência e notas de alta. Nos momentos de transição de cuidados e transferência de responsabilidades teve sempre a preocupação de transmitir toda a informação de forma oportuna, precisa e completa, sem ambiguidade, de modo a garantir a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados (DGS, 2017).

A prevenção de quedas e úlceras por pressão, indicadores de qualidade da área de enfermagem, é outro dos projetos implementados. Na admissão de um doente no SO, é efetuada a avaliação do risco de queda e úlcera por pressão utilizando a escala de Morse e Braden respetivamente, sendo reavaliadas a cada 24h. Para além da avaliação do risco, são notificadas internamente as quedas de doentes no serviço de urgência e SO e as úlceras por pressão que surgem no serviço.

Durante os estágios, foram realizados esforços para que a política de segurança fosse maximizada, adotando sempre medidas de forma a garantir a segurança dos doentes. Teve sempre a preocupação de cumprir as indicações do GCLPPCIRA na prevenção de infeções e identificou situações de risco de quedas e risco de úlceras por pressão e adotou medidas preventivas. Outra preocupação foi a identificação correta e inequívoca do doente, já que este é um dos elementos principais na prevenção de erros de terapêutica. E sobre esta temática, teve oportunidade de assistir a uma formação em serviço, realizada por uma colega de estágio, com o tema “Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente”.

Após verificar com a enfermeira gestora e enfermeira orientadora, que é também a interlocutora do risco, da necessidade de incentivar a notificação do risco por parte dos

enfermeiros do SU, no sistema nacional de notificação de incidentes (NOTIFICA) ou no sistema local (SAGRIS), foi realizada em conjunto com um colega de mestrado, formação em serviço a todos os enfermeiros sobre o tema. Durante a sessão foi distribuído à equipa um flyer, que pode ser utilizado como material de bolso (Apêndice XII).

A atividade de intervenção major na área da segurança do doente, permitiu desenvolver competências conceção, gestão e colaboração em programas de melhoria continua da qualidade.

Considera ter adquirido as competências no domínio da melhoria da qualidade e a competência de mestre nº5.

Domínio da gestão de cuidados

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

C2. Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (OE, 2019, p.4748).

- **Competência de Mestre**

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada (A3ES, 2014, p.26).

A gestão dos cuidados de enfermagem é de fundamental importância, para que se possa garantir uma prestação de cuidados segura, salvaguardando os interesses do doente e com vista à otimização da qualidade dos cuidados, passando não só pela gestão de pessoal, mas também pela gestão de material.

No domínio desta competência, espera-se que o Enfermeiro Especialista realize uma gestão de cuidados adequada, adaptando a liderança e a gestão de recursos nos mais dinâmicos contextos, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

Segundo a OE, o Enfermeiro Gestor detém conhecimentos de base em enfermagem e específicos na área da gestão em enfermagem. De forma a garantir o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, as funções do Enfermeiro Gestor abrangem vários domínios, como a gestão de cuidados, segurança de cuidados, recursos humanos, conflitos, desenvolvimento profissional, formação, materiais, risco clínico e não clínico, entre outros (Regulamento

nº101/2015). O papel do enfermeiro gestor tem sofrido alterações ao longo dos tempos, em prole de uma gestão mais eficaz e eficiente cujo foco é a qualidade de cuidar (OE,2015b).

Para aquisição de competências neste domínio, ressalva os conhecimentos na área da gestão de cuidados adquiridos durante o curso de Mestrado, nomeadamente na UC de Gestão em Saúde e Governação Clínica, onde realizou um trabalho de grupo, acerca dos Ambientes Favoráveis à Prática Clínica.

Durante os estágios, teve oportunidade de realizar momentos de aprendizagem com os enfermeiros responsáveis dos serviços e enfermeiros responsáveis de turno, nomeadamente na coordenação dos cuidados, no que se refere à gestão de recursos humanos e materiais, assessoria à equipa e tomada de decisão.

No que respeita à gestão no SU, teve oportunidade de durante 3 turnos observar de perto o trabalho desenvolvido pela enfermeira gestora, nomeadamente na elaboração de horários, gestão de recursos humanos e materiais e resolução de problemas emergentes. O enfermeiro gestor tem um lugar de destaque no seio da equipa, motivando-a a uma prática de enfermagem de qualidade, tendo em atenção as necessidades dos utentes, garantindo a sua satisfação. (Fradique e Mendes, 2013)

Tomou conhecimento de como são elaborados os horários dos enfermeiros e assistentes operacionais e confirmação do registo biométrico de cada funcionário, utilizando o Sisqual (plataforma informática de apoio à gestão) Colaborou com a enfermeira gestora na elaboração dos planos de trabalho semanais, fazendo a distribuição de enfermeiros e assistentes operacionais, escalados para o turno, pelos postos de trabalho. Em todos os turnos há um enfermeiro responsável de turno, que substitui o enfermeiro gestor na sua ausência ou impedimento, respeita e faz respeitar as normas e protocolos existentes no serviço/instituição, coordena a equipa de enfermagem e de assistentes operacionais em conformidade com as necessidades, promove um bom ambiente de trabalho e espírito de equipa, supervisiona o trabalho dos assistentes operacionais e limpeza do serviço e gere conflitos, promovendo uma comunicação eficaz. No desempenho de funções no serviço, é responsável de turno sempre que para tal é nomeada.

Para além da gestão de pessoal, participou também na gestão de recursos materiais, colaborou nos pedidos de material de consumo clínico, que se efetuam duas vezes por semana, à segunda e à quinta-feira ao serviço de aprovisionamento e logística. Nos mesmos dias são efetuados os pedidos de medicação que não está armazenada. no Pyxis® (dispensa informática do medicamento), aos serviços farmacêuticos,

Participou também na gestão de equipamentos, verificando a check-list da sala de reanimação e testando os desfibrilhadores e ventiladores do serviço. Estes procedimentos devem ser efetuados diariamente, de forma a garantir o seu funcionamento. Caso seja detetada alguma avaria ou disfuncionalidade é efetuado um pedido através de sistema informático dos serviços de apoio, ao serviço de instalações e equipamentos, situação que teve oportunidade de realizar.

Durante o estágio no SU foram realizadas intervenções com o intuito da aquisição destas competências, nesse sentido destacou-se o papel de liderança da enfermeira gestora, que é detentora de competências de gestão, com capacidade de organizar e coordenar a equipa com perspicácia, garantindo a prestação de cuidados com segurança e qualidade. Foi também fundamental os momentos de aprendizagem com a enfermeira orientadora, que é também responsável de serviço na ausência da chefe, sendo uma profissional perita e com elevado reconhecimento no serviço.

A competência de mestre foi adquirida com a supervisão dos assistentes operacionais no cuidado ao utente.

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade;

D2. Baseia a sua Praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (OE, 2019, p.4749).

- **Competência de Mestre**

2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;

4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular (A3ES, 2014, p.26).

O enfermeiro especialista que desenvolve o autoconhecimento e a assertividade é um profissional que “demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Revela dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional”. O enfermeiro baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (OE, 2019, p.4749).

Cabe a cada um procurar desenvolver o autoconhecimento, aprimorar as suas habilidades e competências para poder tomar decisões em segurança e ser assertivo, com vista a otimizar resultados. O autoconhecimento e o pensamento crítico assumem-se como alicerces da tomada de decisão da prática de enfermagem.

Tendo por base o artigo 100º, dos deveres deontológicos em geral na alínea e) onde está descrito que o enfermeiro tem o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, e ao artigo 109º da excelência do exercício, no qual o enfermeiro tem o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, recorrendo à formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Dec. Lei nº 156, 2015), para acompanhar a evolução científica e tecnológica, deve haver um investimento pessoal por parte dos enfermeiros, de forma a atualizar conhecimentos.

Durante os estágios houve uma busca constante de novas aprendizagens e atualização de conhecimentos. Foi feito um investimento pessoal através de pesquisa bibliográfica sobre a pessoa em situação crítica e procurou utilizar na prática a melhor evidência científica disponível.

Na UCIC e UADCI, foi feito um investimento pessoal na pesquisa do doente do foro cardíaco, nomeadamente ao nível das patologias e intervenções de enfermagem, com o objetivo de prestar cuidados especializados, de qualidade e seguros. A necessidade de aquisição de novos saberes enriquece o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Mostardinha, 2016).

Ao longo do estágio e como elemento de avaliação, elaborou um artigo científico (revisão sistemática da literatura) intitulado: “Preparação dos serviços de urgência na resposta a situação de catástrofe e acidentes multivítimas” (Apêndice XIII) Para a realização deste artigo foi importante os conhecimentos na área da investigação adquiridos na UC de Investigação em enfermagem.

Durante o estágio no SU, foi possível participar em diversas formações em serviço.

Como formando assistiu às seguintes formações:

- Precauções Básicas de Segurança;
- Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde (Norma DGS 001/2017);
- Apresentação e funcionamento de um novo ventilador;
- Da segurança do uso do medicamento endovenoso à segurança do doente;
- Medidas de conforto no Serviço de Urgência;
- *Debriefing* no serviço de urgência para a segurança do doente crítico.

Enquanto formadora, realizou as seguintes formações dirigidas aos enfermeiros do SU:

- Atuação dos enfermeiros no SU em situação de catástrofe;
- Diretivas Antecipadas de Vontade;
- Notificação de Risco;
- Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde

Após esta descrição, considera ter atingido a competência supracitada.

3.2 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA: A PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA E MESTRE EM ENFERMAGEM

As competências específicas associadas à Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica são três:

- **1.** Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- **2.** Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- **3.** Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p. 19359).

Neste capítulo é elaborada uma reflexão sobre o percurso realizado no desenvolvimento e aquisição das competências específicas de EEEMCPSC em articulação com as competências de mestre em enfermagem.

- **Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

1. Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica (OE, 2018, p. 19363).

- **Competência de Mestre**

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;
4. Realiza desenvolvimento autónomo e conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida (A3ES, 2014, p.26).

Considera-se pessoa em situação crítica, aquele cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, estando a sua sobrevivência dependente de meios de vigilância, monitorização e terapêutica avançadas (OE, 2018).

Sendo o SU a porta de entrada muitas vezes de pessoas em situação crítica, é um serviço que possibilita o desenvolvimento de competências na atuação em situações urgentes/emergentes e de instalação súbita. Neste contexto, os profissionais de saúde, devem ser capazes de se integrar um ambiente dinâmico, com múltiplas tarefas, exigências e pressões.

No SU prestou cuidados à pessoa em situação crítica, com variadas patologias e idades, permitindo a mobilização de conhecimentos e habilidades de forma a responder em tempo útil e de forma holística. Muitas vezes, estes doentes desencadeiam subitamente instabilidade hemodinâmica, resultando em situações emergentes, como paragens cardiorrespiratórias. A identificação precoce e resposta antecipada de focos de instabilidade e a implementação de protocolos terapêuticos complexos, contribuíram para o sucesso das intervenções e para o desenvolvimento da competência (OE, 2018). Surgiram essencialmente oportunidades de prestar cuidados a doentes com patologia do foro respiratório/cardiovascular, politraumatizados, entre outros e colaborar na colocação de cateteres venosos centrais, drenagens torácicas e no estabelecimento de via aérea artificial através de Entubação endotraqueal. No SO é frequentemente utilizada a Ventilação Não Invasiva (VNI) de forma a promover uma ventilação eficaz e, surgiu também oportunidade de prestar cuidados a doentes

com ventilação invasiva, que permanecem no serviço a aguardar vaga numa UCI, como tal, consolidou conhecimentos nesta área.

Na UCIC e UADCI foram prestados cuidados a doentes com descompensação cardíaca a necessitarem de cuidados diferenciados, tais como, doentes submetidos a Intervenção Coronária Percutânea Primária (ICPP) ou colocação de Pace-Maker. São doentes que necessitam de vigilância constante devido ao risco de instabilidade hemodinâmica. Encontram-se monitorizados continuamente, no sentido de identificar eventuais focos de instabilidade e responder de forma pronta e antecipatória aos mesmos.

Houve a necessidade de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos e administrar terapêutica que desconhecia, seguindo protocolos instituídos, investindo numa atualização em farmacologia. Sendo a administração terapêutica uma das responsabilidades do enfermeiro, é esperado que o enfermeiro tenha competência, conhecimento e autonomia para gerir as perfusões dentro dos protocolos, de acordo com a resposta fisiológica do doente à farmacologia (Bento, 2017).

Considerada como o 5.º sinal vital, a Dor, deve ser avaliada e registada de forma quantificada para se poder monitorizar a eficácia do seu controlo (Ponce, 2012). Devido à sua subjetividade, a gestão da dor é complexa e a sua avaliação implica a utilização de escalas. Neste contexto, foi feita a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa, aplicando escalas de avaliação da mesma. Quando identificadas situações de dor, teve oportunidade, de adotar e gerir protocolos de gestão da dor, bem como proporcionar medidas não farmacológicas para alívio da mesma, nomeadamente através da otimização de posicionamento e medidas de conforto.

A gestão da comunicação é outra unidade de competência do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica. Os cuidados de enfermagem baseiam-se nas relações entre enfermeiro/cliente e enfermeiro/família (Esteves, 2012). Para que tal interação seja possível, o enfermeiro deve apelar a uma ferramenta primordial, a comunicação.

Saber gerir a comunicação é importante no processo complexo da doença para a família e para o utente, uma vez que o direito à informação assiste todos os doentes/família e o enfermeiro tem o dever de informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem. (Dec. Lei n.º 156, 2015)

Durante um processo de doença complexo, os doentes e família vivem momentos de grande fragilidade, apresentando frequentemente ansiedade, incertezas e instabilidade emocional. Tentou estabelecer uma relação terapêutica com os doentes e famílias de forma a amenizar estes sentimentos, gerando uma relação de confiança com vista a promover uma recuperação mais tranquila e efetiva da pessoa em situação crítica.

De acordo com a OE (Regulamento nº226, 2018, p.10759) “O exercício de enfermagem em emergência extra-hospitalar é determinante para assegurar o suporte efetivo e integral à pessoa, em qualquer etapa do ciclo vital, família e comunidade, em situação de doença súbita, traumatismo, crise ou catástrofe, desde o local da emergência, até à unidade de saúde de referência, assegurando a continuidade de cuidados (...)”. Teve oportunidade de acompanhar durante dois turnos a equipa da SIV de Elvas, com o objetivo de conhecer as dinâmicas do pré-hospitalar. A SIV é composta por um enfermeiro e um Técnico de Emergência Pré-Hospitalar (TEPH), que trabalham em equipa na abordagem à vítima. Embora tenha sido um estágio de observação, foi possível conhecer a ambulância, material e equipamentos, bem como protocolos de atuação mais comuns e explorar o programa iTeams- INEM TOOL for EMERGENCY ALERT MEDICAL SYSTEM.

Para o desenvolvimento e aquisição desta competência, investiu na pesquisa bibliográfica sobre o doente crítico e teve também por base a teoria abordada nas UC Fisiopatologia e Intervenção Terapêutica em Enfermagem, Enfermagem Médico-cirúrgica 2 e Relação de Ajuda. Foi também essencial na aquisição de conhecimentos e competências certificadas a frequência dos cursos de Suporte Avançado de Vida (SAV) (Anexo VIII) e do International Trauma Life Support (ITLS) (Anexo IX), integrados na UC Enfermagem Médico-cirúrgica 4, ambos concluídos com sucesso.

▪ **Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

2. Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação (OE, 2018, p.19363).

Relativamente a esta competência, o enfermeiro especialista em EMC: PSC, perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe, deve atuar, concebendo, planeando e gerindo a

resposta, de forma pronta e sistematizada, sem descuidar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime. (OE,2018)

Esta competência foi adquirida com a elaboração da atividade major “Melhoria Contínua na intervenção em Catástrofe no Serviço de Urgência” desenvolvida no SU.

- **Competências Específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**

3. Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas (OE, 2018, p.19364).

- **Competência de Mestre**

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada (A3ES, 2014, p.26).

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é um problema atual de grande relevância, com implicação direta na morbimortalidade dos doentes e com grande impacto sócio-económico. É definida como “uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade (DGS, 2007:4). Para prevenir estas infeções, os profissionais de saúde devem adotar as medidas necessárias na prevenção da infeção e fazer uma atualização continua dos conhecimentos, num contexto de melhoria continua (Pina, 2010).

Durante os estágios foram desenvolvidos esforços por manter a prestação de cuidados no estrito cumprimento das medidas de prevenção e controlo da infeção. Teve oportunidade de consultar documentos referentes ao controle de infeção e protocolos dos serviços. No SU, os procedimentos de qualidade (PQ) da instituição referem-se à higienização do ambiente da prestação de cuidados de saúde, às precauções básicas do controlo de infeção, à higienização das mãos e vias de transmissão. O fato da sua orientadora ser o elo de ligação ao GLP-PPCIRA revelou-se uma mais valia, sendo possível identificar pontos críticos e práticas a melhorar com vista a contribuir para a prevenção e controlo de infeção.

As Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) são a base das boas práticas clínicas de modo a alcançar a prevenção das IACS (DGS, 2012). Durante o período de estágio, teve sempre a preocupação de utilizar os equipamentos de proteção individual adequados a cada situação e de executar a técnica correta de higienização das mãos, tendo em conta os 5 momentos. A prevenção e controlo de infeções, incluindo a higienização das mãos é uma abordagem prática e baseada em evidências, com impacto comprovado na qualidade do atendimento e na segurança do cliente em todos os níveis do sistema de saúde (DGS, 2017). Dada a importância do uso de luvas e da sua interligação com a higiene das mãos, no âmbito da promoção das PBCI, em 2014 a DGS, lançou a Norma n.º 013 que se encontra relacionada com o correto uso de luvas nas unidades de Saúde (DGS, 2014).

Para aquisição de competências neste domínio, foi importante os conhecimentos adquiridos na UC EMC5, bem como trabalho de grupo realizado, relacionado com Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde, nomeadamente no SU. Com o objetivo de aumentar o índice de Qualidade no Uso de Luvas no serviço e aproveitando o trabalho de grupo, foram elaboradas pequenas sinaléticas do uso adequado das luvas e colocadas nos suportes onde as mesmas se encontram. (Apêndice XIV)

Com base nas atividades desenvolvidas considera ter adquirido esta competência.

Competência de mestre nº 7 - Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade (A3ES, 2014, p.26)

Uma vez que todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica foram adquiridas, considera esta última competência de mestre também adquirida.

4. CONCLUSÃO

Prestar cuidados de enfermagem de excelência é uma preocupação pessoal, e para tal é imprescindível a atualização de conhecimentos, particularmente através da formação profissional. Uma prática sustentada em protocolos de atuação baseados na evidência científica contribui para atingir um elevado patamar de diferenciação, assegurando uma uniformização dos cuidados e garantindo a sua segurança.

Foi com este intuito que decidi realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem, numa área de especialização de particular interesse, a da Pessoa em Situação Crítica. A instabilidade que caracteriza o doente crítico, exige cuidados diferenciados e requer competências para garantir um adequado nível assistencial.

Com vista à aquisição de competências especializadas nos cuidados à PSC, foi de extrema importância as aprendizagens, vivências e mobilização de conhecimentos, ao longo dos estágios, contextos de prestação de cuidados exigentes, que permitiram o crescimento tanto profissional como pessoal.

O percurso formativo culminou com a elaboração deste relatório, no qual descreve e analisa criticamente o caminho percorrido ao longo desta etapa, fazendo uma reflexão das experiências vivenciadas.

Os conhecimentos teórico-científicos adquiridos ao longo do Mestrado, acrescidos à experiência profissional, no cuidado à pessoa em situação crítica, assim como todo o investimento pessoal, esforço e dedicação nesta caminhada, possibilitaram o sucesso de todo o processo de aprendizagem.

Com o aumento da ocorrência de catástrofes a nível mundial, é crucial preparar os serviços de saúde de forma a minimizar riscos e consequências. A atividade de intervenção major desenvolvida, permitiu contribuir para a formação dos enfermeiros do SU, desenvolvendo uma cultura de segurança e garantindo uma atuação eficaz perante tais eventos.

Estamos neste momento a viver um acontecimento invulgar, inesperado, de desfecho imprevisível e os sistemas de saúde enfrentam uma grave crise global, a pandemia do COVID-19, que merece consideração como uma catástrofe da mais alta natureza. Esta situação veio demonstrar que mundialmente não estamos preparados para enfrentar uma pandemia desta

dimensão. Seria interessante aplicar agora o instrumento DPET-PT e avaliar a perceção dos enfermeiros para uma análise futura.

Finalizado todo este processo e apesar das dificuldades com que se deparou, fica o sentimento de satisfação e de objetivo cumprido. Considera ter adquirido e desenvolvido as competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica e competências de mestre em enfermagem, mas a ambição, motivação e empenho servirão de orientação para a prestação de cuidados de excelência.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- A3ES. (2014). A3ES. In *NCE/14/0177- Apresentação do pedido – Mestrado em Enfermagem (2º ciclo)*.
- Afonso, A., & Nunes, C. (2010). *Estatística e probabilidades: aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa (Escolar Editora, Ed.).
- Aggarwal, R., Mytton, O. T., Derbrew, M., Hananel, D., Heydenburg, M., Issenberg, B., MacAulay, C., Mancini, M. E., Morimoto, T., Soper, N., Ziv, A., & Reznick, R. (2010). Training and simulation for patient safety. *Quality and Safety in Health Care*, 19(Suppl 2), i34–i43. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.038562>
- Al Khalaileh, M. A., Bond, E., & Alasad, J. A. (2012). Jordanian nurses' perceptions of their preparedness for disaster management. *International Emergency Nursing*, 20(1), 14–23. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.01.001>
- Al Thobaity, A., Plummer, V., Innes, K., & Copnell, B. (2015). Perceptions of knowledge of disaster management among military and civilian nurses in Saudi Arabia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(3), 156–164. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2015.03.001>
- ALERT® PAPER FREE HOSPITAL (PFH) / ALERT-ONLINE.COM - Português. (n.d.). Retrieved February 10, 2020, from <https://www.alert-online.com/pt/pfh#toc-target-1>
- Alfred, D., Chilton, J., Connor, D., Deal, B., Fountain, R., Hensarling, J., & Klotz, L. (2015). Preparing for disasters: Education and management strategies explored. *Nurse Education in Practice*, 15(1), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.08.001>
- Almeida, R., Mazzo, A., Martins, J., Coutinho, V., Jorge, B., & Mendes, I. (2016). Validação para a língua portuguesa da Debriefing Experience Scale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 705–711.
- Araújo, S. (2012). *Administração de Desastres - Conceito e Tecnologias*.
- Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC). (2012). *prociv*. <https://www.google.pt/search?source=hp&ei=BBQgYNDGMcL0aIvar7AB&q=ANPC%2C2012+http%3A%2F%2Fwww.prociv.pt%2Fbk%2FPROTECAOCIVIL%2FINSTRGESCONT%2FPLANOSRELATORIOS%2>
- Baack, S., & Alfred, D. (2013). Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *Journal of Nursing Scholarship*, 45(3), 281–287. <https://doi.org/10.1111/jnu.12029>

- Batista, R., Martins, J., Pereira, M., & Mazzo, A. (2014). Simulação de Alta-Fidelidade no Curso de Enfermagem: ganhos percebidos pelos estudantes. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 1), 135–144. <https://doi.org/10.12707/riii13169>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bento, V. C. (2017). *Competências especializadas à pessoa em situação crítica: das situações urgentes aos cuidados intensivos coronários*. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.
- Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) - ACSS. (n.d.). Retrieved February 11, 2020, from <http://www.acss.min-saude.pt/2017/10/31/centros-de-responsabilidade-integrados-cri/>
- Costa, J. (1999). Método e percepção de cuidar em enfermagem.
- Coutinho, V., Martins, J., & Pereira, M. (2014). Construção e Validação da Escala de Avaliação do Debriefing associado à Simulação (EADaS). *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(Nº 2), 41–50. <https://doi.org/10.12707/riii1392>
- CRED. (2009). *Center for Research on the Epidemiology of Disasters*. http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/epid/misson/intro_uk.htm
- Croke, L. (2019). Disaster preparedness exercises improve personnel competence and confidence. *AORN Journal, 110*(3), P5. <https://doi.org/10.1002/aorn.12811>
- Dec. Lei n.º 156. (2015). Lei 156/2015 Segunda alteração ao estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário Da República, 1.ª Série — N.º 181 — 16 de Setembro de 2015*, 4860–4862.
- Decreto-Lei 18/2017, 2017-02-10 - DRE. (n.d.). Retrieved February 10, 2020, from <https://dre.pt/home/-/dre/106434234/details/maximized>
- DGS (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.
- DGS. (2012). Precauções Básicas do Controlo de Infecção (PBCI). <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>
- DGS. (2015a). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. In *Despacho nº1400-A/2015*. <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020-pdf.aspx>
- DGS. (2015b). Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020. Lisboa. <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-eExtensao-a-2020.pdf.pdf>
- DGS. (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma nº001/2017. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017.aspx>

- DGS. (2017b). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos.aspx>
- DGS & George, F. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/-orientacao-n-0072010-de-06102010-pdf.aspx>
- Duffy, J. (2009). *Quality Caring in Nursing: Applying Theory to Clinical Practice, Education, and Leadership* (Duffy, *Quality Caring in Nursing*) (Kindle).
- Duffy, J. R. (2003). Caring Relationships and Evidence-Based Practice: Can They Coexist? *International Journal of Human Caring*, 7(3), 46–50. <https://doi.org/10.20467/1091-5710.7.3.46>
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. In *ANS. Advances in nursing science* (Vol. 26, Issue 1, pp. 77–88). ANS Adv Nurs Sci. <https://doi.org/10.1097/00012272-200301000-00010>
- Duffy, J. R., Kooken, W. C., Wolverton, C. L., & Weaver, M. T. (2015). Evaluating patient-centered care: Feasibility of electronic data collection in hospitalized older adults. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(4), 307–315. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31825ba9d4>
- Duong, K. (2009). Disaster education and training of emergency nurses in South Australia. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(3), 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2009.05.001>
- Durham, C. (2014). President's Message: patient safety the focus of health care simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 10(1), e1-e54. doi: 10.1016/j.ecns.2013.12.001
- Esteves, Nuno Edgar Carones. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. [Edição do Autor]
- EUR-Lex. (n.d.). *Comunicação da comissão ao conselho e ao parlamento europeu sobre a cooperação na união europeia em matéria de prevenção e de capacidade de resposta a ataques com agentes biológicos e químicos (segurança sanitária)*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=LEGISSUM%3A133275>
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. (Lusodidata, Ed.). Loures. (Lusodidata, Ed.).
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série(10), 45–53. <https://doi.org/10.12707/rrii12133>
- Grupo Português de Triage. (2010). *Triage no Serviço de Urgência: Protocolo de Triage de Manchester*. Amadora. Edição Grupo Português de Triage. ISBN: 9789899665200.

- Grupo Português de Triagem. (2015). Uma metodologia de trabalho coerente. Retrieved from <http://www.grupoportuguestriagem.pt>
- Guimarães, R., I. A. M., Carlos, J., Martins, A., Rita, V., Coutinho, D., I. B. M. J., Amélia, I., & Mendes, C. (2016). *Validação para a língua portuguesa da Debriefing Experience Scale*. 69(4), 705–711.
- HESE. (2020). *Portal do Hospital de Évora*. Obtido de www.hevora.min-saude.pt.
- H. Minami S. Young-Soo, *Estrutura de Competências de Enfermagem em Desastres do ICN. Organização Mundial da Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiros*. ISBN, 2009. (n.d.). <http://www.sciepub.com/reference/119674>
- Hammad, K. S., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2012). Nursing in the emergency department (ED) during a disaster: A review of the current literature. In *Australasian Emergency Nursing Journal* (Vol. 15, Issue 4, pp. 235–244). Australas Emerg Nurs J. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2012.10.005>
- Hammad, K. S., Arbon, P., Gebbie, K., & Hutton, A. (2017). Why a disaster is not just normal business ramped up: Disaster response among ED nurses. *Australasian Emergency Care*, 21(1), 36–41. <https://doi.org/10.1016/j.aenj.2017.10.003>
- International Council Of Nurses. (2009). *ICN framework of disaster nursing competencies*. . Geneva. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- Kapur, G., & Baéz, A. (2017). *International disaster health care: Preparedness, Response, Resource Management, and Education. Designing Resilience*.
- Koka, P. M., Sawe, H. R., Mbaya, K. R., Kilindimo, S. S., Mfinanga, J. A., Mwafongo, V. G., Wallis, L. A., & Reynolds, T. A. (2018). Disaster preparedness and response capacity of regional hospitals in Tanzania: a descriptive cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 835. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3609-5>
- Labrague, L. J., Hammad, K., Gloe, D. S., McEnroe-Petitte, D. M., Fronda, D. C., Obeidat, A. A., Leocadio, M. C., Cayaban, A. R., & Mirafuentes, E. C. (2018). Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. In *International Nursing Review* (Vol. 65, Issue 1, pp. 41–53). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/inr.12369>
- Labrague, Leodoro J., Yboa, B. C., Mcenroe-Petitte, D. M., Lobrino, L. R., & Brennan, M. G. B. (2016). Disaster Preparedness in Philippine Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 98–105. <https://doi.org/10.1111/jnu.12186>
- Martins, J. (2009). Atuação do Enfermeiro no Sector de Urgências: Gestão de Competências para o Desenvolvimento. In *In Malagutti, W. Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado*. Editora Rubio. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000200025

- Martins, José. (2017). Learning and development in simulated practice environments. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(12), 155–162. <https://doi.org/10.12707/riv16074>
- McGaghie, W. C., Draycott, T. J., Dunn, W. F., Lopez, C. M., & Stefanidis, D. (2011). Evaluating the impact of simulation on translational patient outcomes. In *Simulation in Healthcare* (Vol. 6, Issue 7 SUPPL.). Simul Healthc. <https://doi.org/10.1097/SIH.0b013e318222fde9>
- Minami H, Y.-S. S. (2015). ICN Framework of disaster nursing competencies. . *World Journal of Preventive Medicine* , 54–60.
- Mostardinha, A. (2016). A DÍADE EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO CONTÍNUA E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DE SUPERVISÃO CLÍNICA. *Revista Nursing*. <https://www.nursing.pt/a-diade-educacaoformacao-continua-e-praticas-de-enfermagem-no-contexto-de-supervisao-clinica/>
- National Disaster Life Support Foundation (NDLSF). (2012). *Advanced Disaster Life Support™ - course manual (3ª ed.)*. United States of America: NDLSF. <https://www.ndlsf.org/adls>
- Nofal, A., Alfayyad, I., Khan, A., al Aseri, Z., & Abu-Shaheen, A. (2018). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 39(11), 1123–1129. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.11.23026>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. , Lisboa. Portugal (2001). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Journal of nursing management*, 38. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0218-7>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Regulamento n.º 361/2015, de 26 de junho. Diário da República. Série II, n.º 123. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Retirado de: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadreesQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento n.º 101/2015, de 10 de março. Diário da República. Série II, n.º 48. Regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor. Retirado de : https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica*. Diário da República, 2ª série - Nº135- 16 de julho de 2018. 19359- 19370
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série - N.º 26 - 6 de fevereiro de 2019. 4744–4750.

- Pereira, H., Campante Teles, R., Costa, M., Canas da Silva, P., da Gama Ribeiro, V., Brandão, V., Martins, D., Matias, F., Pereira-Machado, F., Baptista, J., Farto e Abreu, P., Santos, R., Drummond, A., Cyrne de Carvalho, H., Calisto, J., Silva, J. C., Pipa, J. L., Marques, J., Sousa, P., ... Almeida, M. (2016). Trends in primary angioplasty in Portugal from 2002 to 2013 according to the Portuguese National Registry of Interventional Cardiology. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 35(7–8), 395–404. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2016.01.005>
- PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; & MATOS, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente | Proqualis. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27–39.
- Ponce, P. (2012). *Dor aguda, ansiedade e agitação-Manual de Urgências e Emergências*. 298-300 (Lidel, Ed.). <https://www.lidel.pt/pt/catalogo/ciencias-da-saude/medicina-geral-medicina-interna-e-intensiva/manual-de-urgencias-e-emergencias-2/>
- Pordata. (2019). População Residente. Obtido 2 de Março de 2020, de <https://www.pordata.pt/Subtema/Portugal/População+Residente-28>
- Porto Editora. (2003-2020). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto, Portugal: Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/linguaportuguesa/catastrofe>
- Pourvakhshoori, N., Norouzi, K., Ahmadi, F., Hosseini, M., & Khankeh, H. (2017). Nursing in disasters: A review of existing models. *International emergency nursing*, 31, 58–63. <http://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.06.004>
- RENTEV- *Registo Nacional do Testamento Vital – SPMS*. (n.d.). <https://www.spms.min-saude.pt/2016/06/rentev/>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–38. <https://doi.org/ISSN 1646-5067>
- Salinas, M., Salinas, N., Duffy, J. R., & Davidson, J. (2020). Do caring behaviors in the quality caring model promote the human emotion of feeling cared for in hospitalized stroke patients and their families? *Applied Nursing* <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151299>
- Santos, C., & Dixe, M. A. (2014). Validação cultural do "disaster preparedness evaluation tool (DPET©)"preparação dos enfermeiros perante uma situação de catástrofe.
- Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249–266. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
- Silva, R. P. da, Santos, V. S. dos, Moraes, J. de S., Andrade, Í. R. C., Abreu, R. N. D. C. de, & Freitas, J. G. (2020). Aplicabilidade da simulação realística na graduação de enfermagem: experiência em incidentes com múltiplas vítimas. *Rev. Baiana Enferm*, e34648–e34648. http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100306

- Skryabina, E., Reedy, G., Amlôt, R., Jaye, P., & Riley, P. (2017). What is the value of health emergency preparedness exercises? A scoping review study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 21, 274–283. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2016.12.010>
- Smith, C., & Hewison, A. (2012). Are nurses prepared to respond to a bioterrorist attack: A narrative synthesis. In *Journal of Advanced Nursing* (Vol. 68, Issue 12, pp. 2597–2609). J Adv Nurs. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06061.x>
- Sousa, J. P. A. e. (2012). The Response of Intensive Care Medicine in Situations of Multiple Victims and Catastrophe. *Acta Médica Portuguesa*, 25(1), 37–43. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/6/11>
- Toga, A. (2014). A importância da Auditoria interna na saúde. *Revista Gestão Hospitalar*, dezembro de 2014, p. 44-47
- ULSNA, E. (2015). Regulamento-Interno-da-ULSNA.
- United Nations – Senday. (2015). *Framework Sendai para redução de risco de desastres 2015-2030 / UNDRR*. <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>
- VandenBerg, S. L., & Davidson, S. B. (2015). Preparation for Mass Casualty Incidents. In *Critical Care Nursing Clinics of North America* (Vol. 27, Issue 2, pp. 157–166). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2015.02.008>
- Whetzel, E., Walker-Cillo, G., Chan, G. K., & Trivett, J. (2013). Emergency Nurse Perceptions of Individual and Facility Emergency Preparedness. *Journal of Emergency Nursing*, 39(1), 46–52. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.08.005>
- Who. (2009). on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. *World Health*, 30(1), 270. <https://doi.org/10.1086/600379>
- Who. (2015). *Patient safety*. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>
- World Health Organization, & Internacional Council of Nurses (Eds.). (2009). *ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies. ICN & WHO*. <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Projeto de Estágio



Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Docentes: Prof.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ULSNA, EPE - Serviço de Urgência, Hospital de Santa Luzia de Elvas
Unidade Cuidados Intensivos Cardíacos, Hospital do Espírito Santo de
Évora

Discente:
Vanda Furtado, n.º 476

Setembro de 2019

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal – Escola Superior de Saúde
Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus
Instituto Politécnico de Beja – Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco – Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem à pessoa em situação crítica

Docentes: Prof.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques

Enfermeira Orientadora: Enfermeira Sónia Cristina Soares Azeitona Bilro

Projeto de Estágio Final Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica

ULSNA, EPE - Serviço de Urgência, Hospital de Santa Luzia de Elvas
Unidade Cuidados Intensivos Cardíacos, Hospital do Espírito Santo de
Évora

Discente:
Vanda Furtado, n.º476

Setembro de 2019

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

ABREVIATURAS E SIGLAS

APA 6th- American Psychological Association 6th – edition.

Enf.ª - Enfermeira

GCL – PPCIRA- Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

HSUE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

N.º - Número

OE – Ordem Enfermeiros

SIV- Suporte Imediato de Vida

SU - Serviço de Urgência

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

ULSNA; EPE – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – PANDA FURTADO

INTRODUÇÃO	5
1- LOCAIS DE ESTÁGIO: UM PROJETO PESSOAL	6
2- OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AÇÕES A DESENVOLVER	7
3 - CONCLUSÃO	15
4 – BIBLIOGRAFIA	16

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é um documento solicitado no âmbito da unidade curricular Estágio Final do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica.

O projeto é um plano de trabalho que se organiza para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar. (Ruivo, Nunes, & Ferrito, 2010)

O trabalho de projeto é uma metodologia muito utilizada no ensino superior pois permite ao estudante "...estar simultaneamente em contexto de ensino prático e teórico, contribuindo para o desenvolvimento das suas competências de forma mais específica." (Ruivo et al., 2010).

Os ensinos clínicos representam uma base formativa imprescindível no desenvolvimento e aquisição de conhecimentos científicos e no desenvolvimento de competências e habilidades profissionais.

Assim, tendo como base estas definições, surge este projeto de estágio, que tem como objetivo geral planear e organizar o caminho a percorrer ao longo do estágio final do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica: A pessoa em situação crítica, que decorre de 16/9/2019 a 20/12/2019 no Serviço de Urgência do HSLE - ULSNA, EPE, e de 6/01/2020 a 31/01/2020 na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do HESE, EPE

Ao elaborar este projeto tem como objetivos específicos:

- Descrever as competências comuns do enfermeiro especialista que pretende adquirir e desenvolver ao longo deste estágio;
- Descrever competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica: a pessoa em situação crítica que pretende adquirir e desenvolver;
- Descrever as intervenções a realizar para que o desenvolvimento das competências seja adquirido.

Este trabalho segue as diretrizes do novo acordo ortográfico e foi elaborado utilizando como norma de referência a APA 6th.

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

1- LOCAIS DE ESTÁGIO: UM PROJETO PESSOAL

Os locais para realização do estágio final foram escolhidos com base nas competências que pretendia adquirir e desenvolver, bem como na vantagem de elaborar um projeto de intervenção em serviço.

O estágio é dividido em duas partes, a primeira parte no serviço de urgência do HSLE da ULISNA, EPE, onde exerce funções e a segunda na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do HESE, EPE.

Fazer um período de estágio no serviço onde exerce funções, é fundamentado com o projeto de intervenção que pretende desenvolver.

Considerou que o facto de conhecer o serviço facilita a implementação do projeto e que este será uma mais-valia para a prática diária da equipa de enfermagem. Sendo implementado no serviço onde exerce funções este terá continuidade garantida mesmo após o término do mestrado.

Para a segunda parte do estágio, a escolha inicial foi a UCI do Hospital Infanta Cristina de Badajoz, não apenas pela proximidade geográfica da área onde habita e trabalha, o que facilita a organização do horário e a vida pessoal e familiar, mas também por ser um serviço diferenciado que possui equipamentos de alta tecnologia de monitorização, onde são prestados cuidados especializados de intervenção terapêutica, direccionadas ao doente crítico.

Não tendo sido possível a realização do estágio neste serviço, vai ser efetuado na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos do HESE, EPE, onde se prestam serviços cardiológicos diferenciados, com equidade e qualidade, pelo que está confiante que será uma mais-valia na aquisição de conhecimentos na prestação de cuidados ao doente crítico, e promover a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

2- OBJETIVOS, COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA E AÇÕES A DESENVOLVER

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de competências em vários domínios que são aplicáveis em todas as áreas de cuidados e que envolve várias dimensões que permitem melhorar a prática de enfermagem, denominadas como competências comuns. Estas são "...partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria" (Ordem dos Enfermeiros, 2011b)

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra o perfil das competências comuns e o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências. Estas englobam o cuidar a pessoa a vivenciar processos complexos de doença, maximizar a intervenção da prevenção e controlo da infeção e dar resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas.

Estes foram definidos pelo colégio da especialidade de Enfermagem médico-cirúrgica da ordem dos enfermeiros e pressupõem uma melhoria dos cuidados de enfermagem especializados a fornecer aos cidadãos e uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros especialistas na área da especialização. (Ordem dos Enfermeiros, 2011a)

Todas as atividades propostas para a aquisição das competências específicas do enfermeiro especialista têm como referenciais os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Para a realização deste estágio final propõe-se delinear objetivos e planejar atividades segundo as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista.

Objetivos	Competências Comuns do enfermeiro especialista	Atividades planeadas
Demonstrar competências comuns do enfermeiro especialista		<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a organização/ funcionamento dos serviços; • Conhecimento dos espaços físicos dos serviços; • Conhecimento dos recursos materiais (material disponível nos serviços e respetivos locais de armazenamento); • Conhecimento dos recursos humanos; • Consulta de protocolos/normas do serviço; • Esclarecimento de dúvidas com a Enfermeira Supervisora ou Enfermeiros orientadores.
	<p>Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal</p> <p>A1 - Desenvolver uma prática ética e profissional na área de intervenção.</p> <p>A2 - Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rever a deontologia profissional; • Mobilizar conhecimentos da deontologia profissional para a sua aplicação prática na tomada de decisão; • Planear as intervenções de enfermagem com base nos valores, crenças e desejos do doente/família; • Fundamentar as intervenções e decisões em princípios éticos; • Ser agente promotor da proteção dos direitos humanos no seio da equipa; • Participar de forma ativa na tomada de decisão em equipa; • Incentivar a discussão de casos páticos na vertente ética e deontológica no seio da equipa nas reuniões de serviço ou passagem de turno; • Fazer formação em serviço e elaborar um poster sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, para ser

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL - VANDA FURTADO

		afixado no serviço de urgência do HSL
	<p>Competências no domínio da melhoria da qualidade</p> <p>B1 – Desempenhar um papel dinamizador e de suporte no desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.</p> <p>B2 - Elaborar, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3 – Criar e manter um ambiente terapêutico seguro</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reunir com enfermeira chefe e enfermeira supervisora e fazer levantamento dos projetos de melhoria contínua do serviço; • Participar ativamente nas atividades de melhoria da qualidade proposta à equipa; • Fazer levantamento das necessidades de novos projetos; • Aplicar diretivas organizacionais e conhecimento científico nos programas de melhoria contínua; • Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo como base a evidência científica; • Identificar situações de risco real ou potencial para o doente/família e profissionais no serviço; • Validar com a enfermeira chefe as situações identificadas; • Reunir com gestor do risco local e selecionar situações possíveis de serem corrigidas; • Refletir com a Enf.ª Chefe e Enf.ª supervisora e sobre estratégias a adotar para manter o ambiente da prestação de cuidados o mais seguro possível; • Criar condições geradoras de ambiente seguro para o doente, tendo em conta as suas necessidades físicas, psíquicas, sociais, culturais e espirituais; • Implementar estratégias no seio da equipa que visem diminuir o risco associado à prestação de cuidados; • Incentivar a notificação do risco clínico e não clínico sempre que este se verifique.

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

		desmistificando a política punitiva
	<p>Competências no domínio da gestão de cuidados</p> <p>C1 - Gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multidisciplinar.</p> <p>C2 - Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com enfermeira chefe e enfermeira supervisora de forma a conhecer a equipa e a organização de cuidados adotada; Perceber junto da enfermeira chefe o estilo de liderança; Gerir os cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a sua articulação no seio da equipa multidisciplinar; Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a qualidade e segurança do doente; Adequar os recursos humanos e materiais às necessidades de cuidados, garantindo uma resposta eficaz e segura na prestação de cuidados; Adaptar o estilo de liderança à equipa e ao estilo organizacional, favorecendo uma melhor resposta na prestação de cuidados ao doente/família; Reconhecer as intervenções de todos os elementos da equipa multidisciplinar e que promovem um ambiente favorável à prática.
	<p>Competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</p> <p>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e assertividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Refletir sobre atitudes e comportamentos pessoais em situação de emergência; Identificar medos e dificuldades no estabelecimento da relação terapêutica; Utilizar técnicas para que esses medos e dificuldades não sejam impedimento rápido à relação pessoa/família-enfermeiro; Gerir sentimentos e emoções em situações de maior pressão psicológica; Identificar limites pessoais e encaminhar para outros pares mais capacitados quando estes

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

	<p>D2 – Baseia a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento</p>	<p>Interferem na prestação de cuidados e colocar em risco a segurança do doente;</p> <ul style="list-style-type: none"> Discutir com enfermeira chefe atitudes e comportamentos adotados; Utilizar técnicas de gestão de conflitos na resolução destes no seio da equipa. <ul style="list-style-type: none"> Diagnosticar necessidades formativas com a Enf.ª Chefe, Enf.ª supervisora e equipa de enfermagem; Demonstrar conhecimentos científicos e aplicá-los na prestação de cuidados especializados e seguros; Discutir com pares os conhecimentos de forma a modificar a prática e torná-la mais segura; Utilizar tecnologia de Informação e métodos de pesquisa adequados; Elaborar um artigo científico; Identificar uma área onde possa ser realizado um trabalho científico, do qual resulte um projeto de intervenção em serviço; Desenvolver o projeto sendo formador nesta área, favorecendo a aprendizagem e fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros; Avaliar Impacto do projeto desenvolvido.
--	---	--

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL - VANIA FURTADO

Objetivos	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	Atividades Planeadas
Cuidar a pessoa a viver com processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	K1 - Cuidar a pessoa a viver com processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica	<ul style="list-style-type: none"> Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, na maior diversidade e especificidade de doentes no SIU do HSLE e Unidade de cuidados intensivos cardíacos do HESE; Fazer um ou dois dias de estágio em regime de observação na SIV de Elvas; Prestar cuidados à pessoa em situação crítica, atuando na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, planeando os cuidados e executando intervenções de acordo com as prioridades de atuação; Respeitar a abordagem à pessoa em situação crítica de acordo com ABCDE; Administrar e gerir protocolos terapêuticos complexos na pessoa em situação crítica; Decidir rápida e eficazmente sobre protocolos terapêuticos a adotar em situação de emergência; Fazer a gestão da dor na pessoa em situação crítica, proporcionando bem-estar físico, psíquico e espiritual, numa visão holística da pessoa; Gerir a comunicação com o doente/família em situação crítica e ou falência orgânica, utilizando técnicas de comunicação adaptadas à situação

		<p>clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabelecer relação terapêutica com o doente/família; Avaliar as intervenções executadas e discutí-las na equipa, com a Ent.ª supervisora e Ent.ª chefe;
	K2 - Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com o gestor do risco da ULISNA, gestor do risco local do HSLE e Ent.ª Chefe do serviço de forma a identificar diferentes tipos de catástrofe e implicações para a saúde, analisar os planos de emergência internos e externos do serviço de urgência e identificar alterações que sejam necessárias a esses planos; Fazer pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre catástrofe; Realizar projeto de intervenção no serviço de urgência do HSLE, tendo por base a melhoria contínua na intervenção em catástrofe; Participar na atualização do plano de catástrofe; Participar nas reuniões do grupo do plano de emergência externo; Dar a conhecer o plano de emergência externo a equipa de enfermagem; Fazer pequenos exercícios práticos em caso de catástrofe ou emergência multivítima.
	K3 - Maximizar a intervenção na prevenção	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com Ent.ª Chefe, Ent.ª elo de

PROJETO DE ESTÁGIO FINAL – VANDA FURTADO

	controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas	<p>ligação do serviço com o GCL_PPCIRA e eventualmente com enfermeira responsável pela GCL-PPCIRA de forma a conhecer dados sobre infeção hospitalar;</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar áreas onde é necessário intervir nos serviços; Fazer leitura dos documentos existentes no âmbito do controlo de infeção; Adotar medidas de prevenção e controlo de infeção, na prestação de cuidados a pessoa em situação crítica; Participar com a Enf.ª e/ou de ligação ao GCL_PPCIRA, em atividades de monitorização e avaliação das medidas adotadas no seio da equipa do serviço e realizar formação em serviço de forma a melhorar os resultados obtidos; Fazer formação em serviço e elaborar um poster sobre Diretivas Antecipadas de Vontade, para ser afixado no serviço de urgência do HSLE
		<p>clínica;</p> <ul style="list-style-type: none"> Estabelecer relação terapêutica com o doente/família; Avaliar as intervenções executadas e discutí-las na equipa, com a Enf.ª supervisora e Enf.ª chefe;
	K2 – Dinamizar a resposta a situações de Catástrofe ou emergência multivítima, da concepção à ação	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com o gestor do risco da ULSNA, gestor do risco local do HSLE e Enf.ª Chefe do serviço de forma a identificar diferentes tipos de catástrofe e implicações para a saúde, analisar os planos de emergência internos e externos do serviço de urgência e identificar alterações que sejam necessárias a esses planos; Fazer pesquisa bibliográfica em bases científicas sobre catástrofe; Realizar projeto de intervenção no serviço de urgência do HSLE, tendo por base a melhoria contínua na intervenção em catástrofe; Participar na atualização do plano de catástrofe; Participar nas reuniões do grupo do plano de emergência externo; Dar a conhecer o plano de emergência externo a equipa de enfermagem; Fazer pequenos exercícios práticos em caso de catástrofe ou emergência multivítima.
	K3 – Maximizar a intervenção na prevenção	<ul style="list-style-type: none"> Reunir com Enf.ª Chefe, Enf.ª e/ou de

3- CONCLUSÃO

Como proposto inicialmente foi realizado um Projeto Individual onde foram traçados objetivos com as respetivas ações e relacionamento com as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crítica que se pretendem atingir.

A elaboração deste projeto permitiu a consciencialização do percurso a seguir ao longo do estágio e uma reflexão aprofundada sobre as atividades a desenvolver.

O que foi projetado neste documento, pretende ser um guia orientador para a prática durante estes meses, no entanto, algumas das atividades poderão estar condicionadas pelo tipo de doentes que tenha oportunidade de cuidar. Poderá também existir oportunidade de realizar outras não especificadas e que sejam um elemento enriquecedor da prática e do conhecimento no contexto deste mestrado.

Todos os esforços serão desenvolvidos para que no final do estágio adquira as competências para a obtenção do título académico e profissional a que se propõe.

4- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA (Internet). American Psychological Association (último acesso em 29 setembro de 2019). Disponível em: <http://www.apa.org>
- Ruivo, M., Nunes, L., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Percursos, 15, 1–38. <https://doi.org/10.15344/1646-5067>

Legislação:

- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento Dos Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados em Enfermagem aem Pessoa em Situação Crítica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 122/2011 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2.ª série, N.º 35 (18/02/2011), 8648–8653.
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho de 2018. Regulamento de Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica. Diário da República, 2.ª série , N.º 135

APÊNDICE II – Consentimento Informado de participação no estudo

**CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA A
PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO¹**

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico -Cirúrgica: A pessoa em situação crítica, ministrado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre, em associação com os Institutos Politécnicos de Setúbal, Beja, Castelo Branco e Universidade de Évora, encontra-se a desenvolver um Projeto de Intervenção no Serviço de Urgência que tem como o título: *Melhoria contínua na intervenção em catástrofe no serviço de urgência*, com a orientação da Prof.ª Dr.ª Maria do Céu Mendes Pinto Marques

O referido estudo tem como objetivo geral: Capacitar os enfermeiros do Serviço de Urgência na atuação em situação de catástrofe

Os dados serão recolhidos através da aplicação de um instrumento de medida válido e fiável, o DPET-PT. A amostra será constituída pelos enfermeiros do Serviço de Urgência do HSLE, que aceitem participar no projeto.

Após a recolha dos dados, serão analisados através do software SPSS. Posteriormente serão definidas estratégias de atuação, realizada formação em serviço e incentivado o treino para manter a qualidade dos cuidados prestados.

Os dados serão confidenciais, não sendo identificado em qualquer instrumento de recolha de dados a pessoa a quem se refere e serão utilizados exclusivamente para o presente estudo.

Agradece desde já a sua disponibilidade,

Vanda Cristina Lages Furtado

Enfermeiro no Serviço de Urgência do HSLE, UL SNA; EPE Contacto: tlm: 965849956; e-mail: vandafurtado76@gmail.com

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa acima designada. Foi garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar a participação neste estudo, sem qualquer tipo de consequência. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária forneço, confiando apenas que serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que são dados pelo investigador.

Nome: _____

Assinatura: _____


¹ DGS

APÊNDICE III - Cronograma

ATIVIDADES			MESES/ANO																															
	Setembro/19		Outubro/19				Novembro/19				Dezembro/19				Janeiro/20				Fevereiro/20				Março/20				Abril/20							
	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s	1s	2s	3s	4s				
Reunião com Enf.ª Chefe e Enf.ª Supervisora	x																																	
Reunião com docente responsável, Enf.ª chefe e Enf.ª supervisora		x																																
Entrega da proposta de projeto de relatório de estágio		x																																
Elaboração do pré-projeto de relatório de estagia					X	X	x																											
Entrega do pré- projeto de relatório de estagia								x																										
Aplicação do instrumento de recolha de dados								x	x																									
Análise dos dados obtidos											x	x	x																					
Definição de estratégias de melhoria											x	x	x																					



APÊNDICE IV– Instrução de Trabalho

	IT-05-URG/HELVAS Emergência Externa: Atuação da equipa de enfermagem em Situação de Catástrofe
---	---

1.OBJECTIVO

- Uniformizar procedimentos na atuação da equipa de enfermagem do serviço de urgência do HSLE em situação de catástrofe

2. DEFINIÇÕES

2.1 Documentos de referência

- Orientação 007/2010 de 6 de outubro da DGS: Elaboração de um plano de Emergência nas Unidades de saúde.
- Situação de Exceção Manual Tas - INEM
- Plano de atuação em Catástrofe HSLE

2.2 Conceitos

Acidente grave- É um acontecimento inusitado com efeitos relativamente limitados no tempo e no espaço, suscetível de atingir as pessoas e outros seres vivos, os bens ou o ambiente.

Catástrofe- É o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional.


Desastre- Uma perturbação séria do funcionamento de uma comunidade ou sociedade, causando perdas humanas, materiais, económicas e ambientais expressivas que excedem a capacidade da comunidade ou sociedade de fazer frente à situação com os seus próprios recursos.

Gabinete de crise- É o grupo de pessoas com responsabilidades numa determinada entidade e que serão o vértice da pirâmide em termos de decisão em qualquer ocorrência. Definem estratégias para a orientação dos procedimentos implementados pela direção das operações, responsável pela adequação das medidas a adotar e pela coordenação dos recursos a utilizar.

Plano de emergência- Documento que reúne as informações e estabelece os procedimentos que permitem organizar e empregar os recursos humanos e materiais disponíveis, em situação de emergência. Onde estão definidas as funções, responsabilidades e procedimentos gerais de reação das instituições envolvidas na situação de catástrofe.

Resposta- Etapa do ciclo da catástrofe durante a qual, são postas em funcionamento as ações revistas na fase de planeamento de emergência. Estas ações compreendem o socorro, as atividades de apoio logístico, assistencial e médica, a avaliação de danos, vistorias, desobstrução de vias e reabilitação dos serviços essenciais;

Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 1 de 6
-----------	------------------	---------------

	<p align="center">IT-05-URG/HELVAS Emergência Externa: Atuação da equipa de enfermagem em Situação de Catástrofe</p>
---	---

Triagem de manchester- O principal sinal ou sintoma identificado pelo doente ou pelo profissional de saúde é avaliado num dos 50 fluxogramas existentes. Cada fluxograma é composto por discriminadores (perguntas), sendo que a primeira resposta positiva, determinará qual a prioridade adequada para a situação específica. Dois fluxogramas foram desenvolvidos para lidar com uma situação de catástrofe.

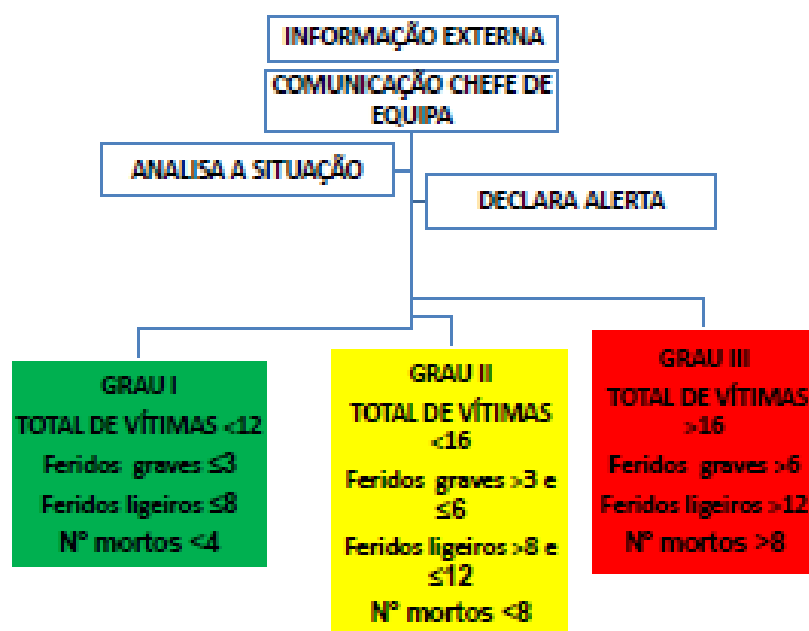
Vítimas- As pessoas, a comunidade que suporta os resultados infelizes da catástrofe ou do acidente por sua responsabilidade, de outrem ou do acaso

2.3 Siglas


SO – Serviço de Observação
 SU – Serviço de urgência

3. DESCRIÇÃO E RESPONSABILIDADES

3.1 Fase de pré-alerta



Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 2 de 6
-----------	------------------	---------------

	<p align="center">IT-05-URG-HELVAS Emergência Externa: Atuação da equipa de enfermagem em Situação de Catástrofe</p>
---	---

3.2 Ativação do plano de emergência externo

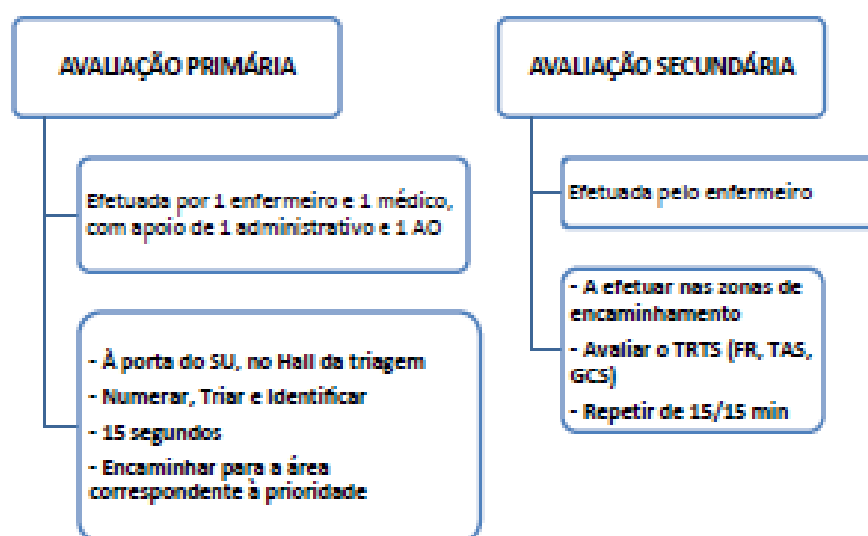
FASES DE ALERTA

GRAU I- É ativada pelo chefe de equipa de urgência mesmo sem implementação do gabinete de crise. Os meios mobilizados são aqueles que se encontram permanentemente disponíveis em presença física.

GRAU II- É da competência do chefe de equipa de urgência, com imediato conhecimento ao presidente do CA, ou quem o substitua. Pressupõe, a mobilização para presença física dos meios do hospital normalmente colocados em prevenção, bem como do nº de elementos da equipa de enfermagem da urgência que se considere necessária.

GRAU III- É a fase em que o hospital prepara a sua resposta a um incidente em larga escala e que pressupõe o recurso a todos os meios do hospital, e a todo o pessoal quer esteja ou não de serviço. A sua ativação é feita pelo presidente do CA, sob proposta do chefe de equipa de urgência ou diretor da urgência, ou por iniciativa própria.

3.3 Triagem de Manchester em catástrofe



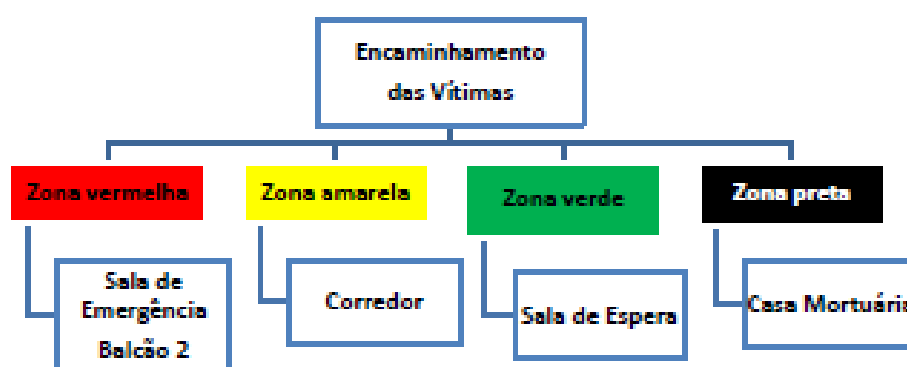
Os critérios de triagem a utilizar são os aplicados internacionalmente nas situações de catástrofe:

PRIMEIRA PRIORIDADE: Vítimas que apresentam sinais e sintomas que apresentam um estado crítico e necessitam tratamento imediato

Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 3 de 6
-----------	------------------	---------------

SEGUNDA PRIORIDADE: Vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitem adiar a atenção e podem aguardar tratamento

TERCEIRA PRIORIDADE: Vítimas que apresentam lesões menores ou sinais e sintomas que não requerem atenção imediata



3.4 Atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe

ENFERMEIRA CHEFE

- Avalia os níveis de stock e promove a sua rápida reposição;
- Faz a gestão dos recursos humanos, reforçando a equipa, se necessário;
- Solicita, se necessário a presença de outros profissionais (farmácia, aprovisionamento, segurança);
- Coordena os Assistentes Operacionais;
- Mobiliza meios para a deslocação interna e externa de doentes;
- Designa local de depósito de espólio e nomeia um elemento para a sua segurança;
- Ação facilitadora na transferência dos doentes da "urgência normal", caso tenha sido essa a decisão do Chefe de Equipa;
- Integra o Gabinete de Crise

Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 4 de 6
-----------	------------------	---------------



IT-05-URG/HELVAS
Emergência Externa: Atuação da equipa de enfermagem em
Situação de Catástrofe

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

- Informa e substitui a Enfermeira Chefe na sua ausência;
- Abre o armário de Catástrofe;
- Abre os Kits de catástrofe;
- Distribui cartões de ação;
- No turno da noite, após o alerta, chama o enfermeiro de prevenção.

ENFERMEIRO DA TRIAGEM

- Mantém-se na triagem;
- Efetua triagem primária no Hall da triagem;
- Faz a triagem com a folha de catástrofe, existente no Kit (15 segundos- tempo máximo triagem /vítima);
- Numera, tria e identifica.
- Encaminha para a área correspondente à prioridade.

ENFERMEIRO DO SO:


- Liberta o SO, transfere os doentes para os internamentos, se possível;
- Assume os doentes triados de **amarelo** e alocados no corredor;
- Efetua triagem secundária de 15/15 min;
- Preenche a folha de registo.

ENFERMEIROS DO BALCÃO:

- Libertam o corredor e restantes salas;
- 1 assume os doentes triados de **vermelho**, alocados na reanimação e balcão 2;
- O outro assume os doentes triados de **verde**, alocados na sala de espera;
- Efetuam triagem secundária de 15/15 min;
- Preenchem a folha de registo.

3.5 Funcionamento do SU

Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 5 de 6
-----------	------------------	---------------

	IT-05-URG/HELVAS Emergência Externa: Atuação da equipa de enfermagem em Situação de Catástrofe
---	---

- Preferencialmente haverá apenas um sentido desde a admissão na urgência: entrada no SU, saída nas consultas externas.
- O SU normal será evacuado para outro espaço, Consultas Externas, caso assim seja decidido pelo Chefe de Equipa.
- Todo o SU ficará funcional para a emergência. Os doentes do SO que possam, são transferidos para o internamento

4. REGISTOS

Identificação	Indexação	Responsável pelo Arquivo	Arquivo Vivo	Arquivo Morto
Folha de Triagem em Catástrofe	Processo de doente após Identificação	Administrativos Pessoal Arquivo	Processo do Doente	Processo do Doente
Folha de Registo nas diferentes áreas	Processo de doente após Identificação	Administrativos Pessoal Arquivo	Processo do Doente	Processo do Doente

5. IDENTIFICAÇÃO DAS ALTERAÇÕES

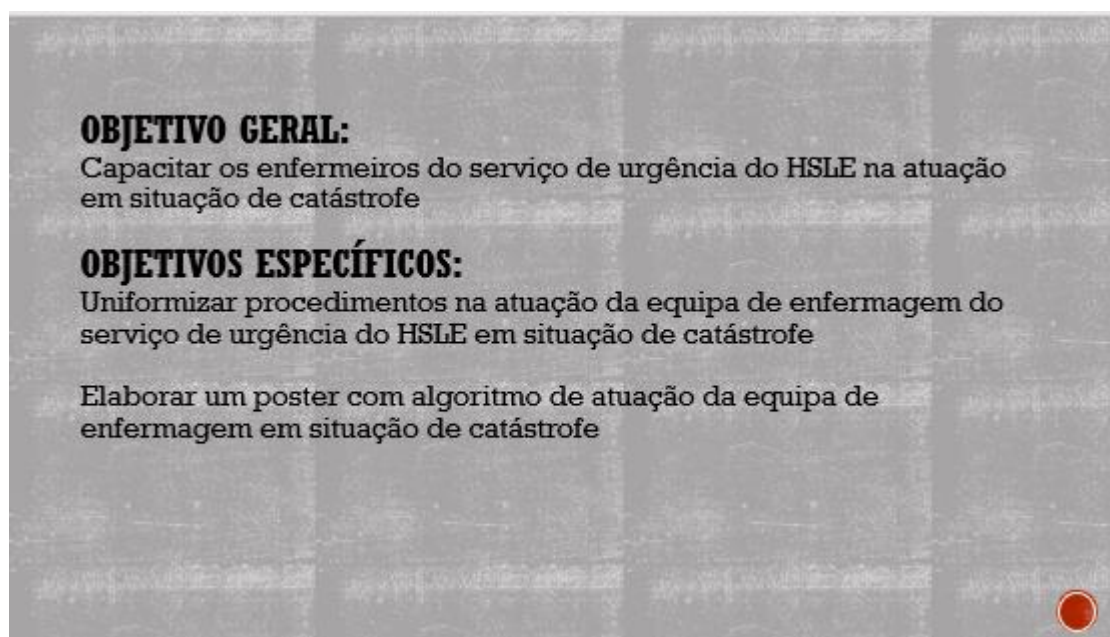
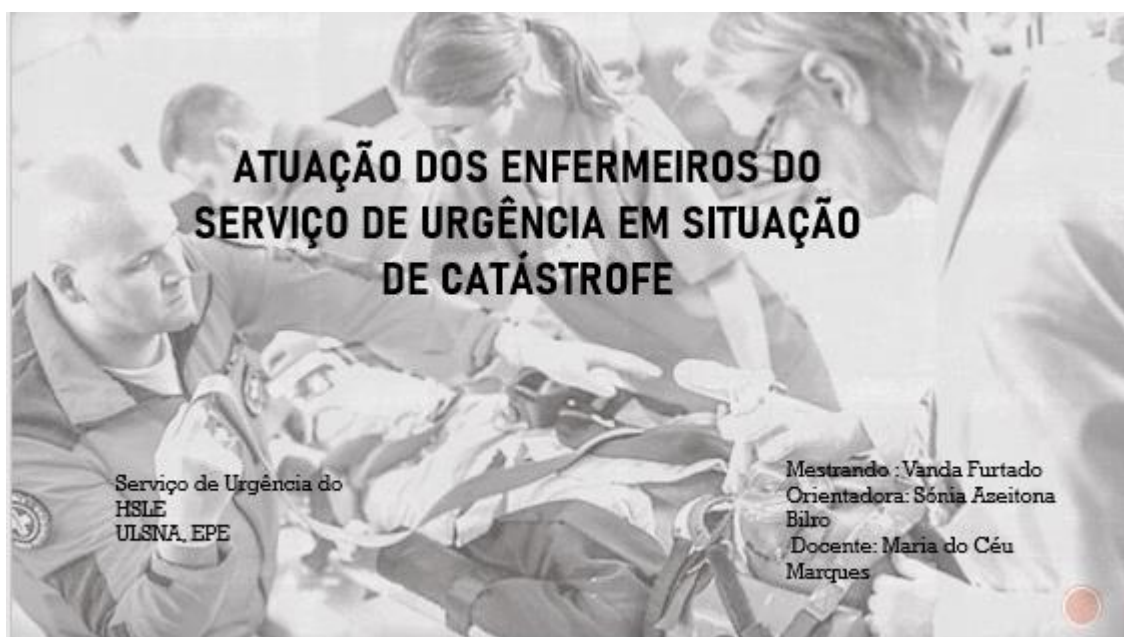
Edição	Ponto Alterado	Descrição

6. APROVAÇÃO

Edição 01 Data: 20.01.2020 Página 6 de 6	Elaborado Por: Vanda Furtado	Revisto Por:	Autorizado Por:
--	---------------------------------	--------------	-----------------

Edição 01	Data: 20.01.2020	Página 6 de 6
-----------	------------------	---------------

APÊNDICE V – Formação em serviço com o tema “Atuação dos enfermeiros do SU em situação de catástrofe”



CATÁSTROFE

Acontecimento súbito, quase sempre imprevisível.

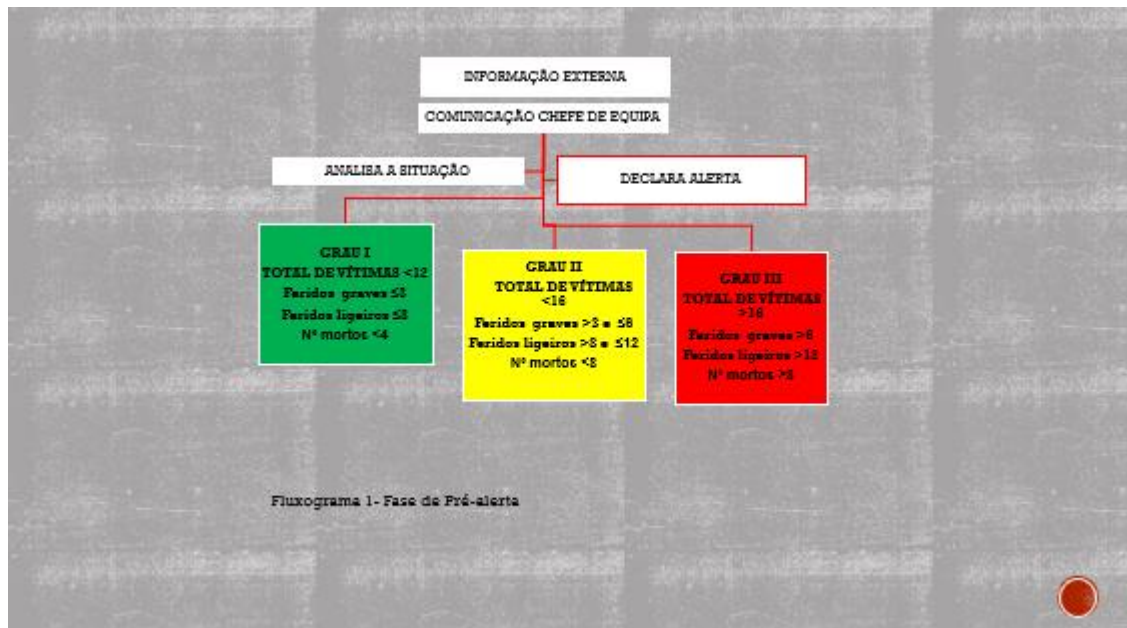
É o acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e eventualmente vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido sócio económico em determinadas áreas ou na totalidade do território nacional. (INEM, 2102)

PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNA

COMPOSIÇÃO DO GABINETE DE CRISE (GC):

- 1 membro do conselho de administração (CA);
- O gestor do risco;
- O diretor do serviço de urgência;
- A enfermeira chefe do serviço de urgência

NOTA—Em situação de emergência externa, os diretores de serviço e respetivas chefias de enfermagem, bem como responsáveis do aprovisionamento e hotelaria, constituirão comissão a trabalhar diretamente com o GC. Este GC integrará se for necessário os GC da ANPC.



ATIVAÇÃO DO PLANO DE EMERGÊNCIA EXTERNO

FASES DE ALERTA

GRAU I- É ativada pelo chefe de equipa de urgência mesmo sem implementação do gabinete de crise. Os meios mobilizados são aqueles que se encontram permanentemente disponíveis em presença física.

GRAU II- É da competência do chefe de equipa de urgência, com imediato conhecimento ao presidente do CA, ou quem o substitua. Pressupõe, a mobilização para presença física dos meios do hospital normalmente colocados em prevenção, bem como do nº de elementos da equipa de enfermagem da urgência que se considere necessária.

GRAU III- É a fase em que o hospital prepara a sua resposta a um incidente em larga escala e que pressupõe o recurso a todos os meios do hospital, e a todo o pessoal quer esteja ou não de serviço. A sua ativação é feita pelo presidente do CA, sob proposta do chefe de equipa de urgência ou diretor da urgência, ou por iniciativa própria.

FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Preferencialmente haverá apenas um sentido desde a admissão na urgência: entrada no SU, saída nas consultas externas.
- O SU normal será evacuado para outro espaço, Consultas Externas, caso assim seja decidido pelo Chefe de Equipa.
- Todo o SU ficará funcional para a emergência. Os doentes do SO que possam, são transferidos para o internamento.

TRIAGEM DE CATÁSTROFE

Os critérios de triagem a utilizar são os aplicados internacionalmente nas situações de catástrofe:

PRIMEIRA PRIORIDADE

- Vítimas que apresentam sinais e sintomas que apresentam um estado crítico e necessitam tratamento imediato

SEGUNDA PRIORIDADE

- Vítimas que apresentam sinais e sintomas que permitem adiar a atenção e podem aguardar tratamento

TERCEIRA PRIORIDADE

- Vítimas que apresentam lesões menores ou sinais e sintomas que não requerem atenção imediata

SEM PRIORIDADE

- Vítimas que apresentam lesões obviamente mortais ou para identificação de cadáveres

TRIAGEM DE CATÁSTROFE

Atendimento das vítimas

As zonas de atendimento, serão identificadas pela mesma cor das pulseiras colocadas nas vítimas, e atendendo às características da estrutura física do nosso hospital, são definidas as seguintes zonas de atendimento:

Zona vermelha sala de emergência e Balcão 2

Zona amarela corredor

Zona verde sala de espera

Zona negra casa mortuária

TRIAGEM DE CATÁSTROFE

AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

Efetuada por 1 enfermeiro e 1 médico, com apoio de 1 administrativo e 1 AO

À porta do SU, no Hall
da triagem

15 segundos

Numerar, Triar e
Identificar

Encaminhar para a
área correspondente à
prioridade



ATUAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIRA CHEFE

- Avalia os níveis de stock e promove a sua rápida reposição;
- Faz a gestão dos recursos humanos, reforçando a equipa, se necessário;
- Solicita, se necessário a presença de outros profissionais (farmácia, aprovisionamento, segurança);
- Coordena os Assistentes Operacionais;
- Mobiliza meios para a deslocação interna e externa de doentes;
- Designa local de depósito de espólio e nomeia um elemento para a sua segurança;
- Ação facilitadora na transferência dos doentes da “urgência normal”, caso tenha sido essa a decisão do Chefe de Equipa;
- Integra o Gabinete de Crise

ATUAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

- Informa e substitui a Enfermeira Chefe na sua ausência;
- Abre o armário de Catástrofe;
- Abre os Kits de catástrofe;
- Distribui cartões de ação;
- No turno da noite, após o alerta, chama o enfermeiro de prevenção.

ATUAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIRO DA TRIAGEM

- Mantém-se na triagem;
- Efetua triagem primária no Hall da triagem;
- Faz a triagem com a folha de catástrofe, existente no Kit (15 segundos- tempo máximo triagem /vítima);
- Numera, tria e identifica.
- Encaminha para a área correspondente à prioridade.

ATUAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIRO DO SO:

- Liberta o SO, transfere os doentes para os internamentos, se possível;
- Assume os doentes triados de **amarelo** e alocados no corredor;
- Efetua triagem secundária de 15/15 min;
- Preenche a folha de registo.

ATUAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIROS DO BALCÃO:

- Libertam o corredor e restantes salas;
- 1 assume os doentes triados de **vermelho**, alocados na reanimação e balcão 2;
- O outro assume os doentes triados de **verde**, alocados na sala de espera;
- Efetuam triagem secundária de 15/15 min;
- Preenchem a folha de registo.

PROPOSTAS

- Elaborar um poster com algoritmo de atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe, a colocar junto ao armário de catástrofe;
- Elaborar cartões de ação, que sintetizam as ações a desempenhar por cada profissional em cada posto de trabalho;
- Elaborar uma folha de registo em cada área, onde consta a origem e destino do doente;
- Adquirir armário e equipá-lo com material adequado à situação de catástrofe, a sua localização deve ser estratégica, gabinete de triagem;
- Adquirir coletes de identificação para os diferentes profissionais e suas funções;
- Colocar no chão linhas de encaminhamento de doentes;
- Alterar Plano de Catástrofe, sempre que surja evidência pertinente.

SUGESTÕES...



DÚVIDAS???

**OBRIGADA PELA VOSSA
ATENÇÃO**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-Lei no.80/2015. (2015). Altera a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, No. 149*(1a Série), 5311–5326;
- Hospital de Santa Luzia de Elvas (2004). *Proposta de revisão e atualização do plano de Catástrofe do Hospital de Santa Luzia de Elvas*;
- INEM. (2012). *Situação de exceção*.



APÊNDICE VI – Grelha de Observação da prática simulada

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO PRÁTICA SIMULADA “ATUAÇÃO DOS
ENFERMEIROS DO SU EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE”**

Observador _____

Data _____

	Enfº1		Enfº2		Enfº3		Enfº4	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1. Identifica o grau de catástrofe								
2. Conhece o procedimento pós-alerta								
3. Sabe onde se encontra o material de catástrofe e PE								
4. Familiarizado com a Triagem primária e secundária								
5. Funções dos enfermeiros								
6. Encaminhamento das vítimas								
7. Sente-se confiante para responder rapidamente em situação de catástrofe								

APÊNDICE VII – Cartões de Ação

Cartões de Ação:

Que sintetizam as ações a desempenhar por cada enfermeiro, de acordo com o posto de trabalho onde se encontra alocado nesse turno.

ENFERMEIRA CHEFE

- Avalia os níveis de stock e promove a sua rápida reposição;
- Faz a gestão dos recursos humanos, reforçando a equipa, se necessário;
- Solicita, se necessário a presença de outros profissionais (farmácia, aprovisionamento, segurança);
- Coordena os Assistentes Operacionais;
- Mobiliza meios para a deslocação interna e externa de doentes;
- Designa local de depósito de espólio e nomeia um elemento para a sua segurança;
- Ação facilitadora na transferência dos doentes da “urgência normal”, caso tenha sido essa a decisão do Chefe de Equipa;
- Integra o Gabinete de Crise

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

- Informa e substitui a Enfermeira Chefe na sua ausência;
- Abre o armário de Catástrofe;
- Abre os Kits de catástrofe;
- Distribui cartões de ação;
- No turno da noite, após o alerta, chama o enfermeiro de prevenção.

ENFERMEIRO DA TRIAGEM

- Mantém-se na triagem;
- Efetua triagem primária no Hall da triagem;
- Faz a triagem com a folha de catástrofe, existente no Kit;
- 15 segundos- tempo máximo triagem /vítima;
- Numera, tria e identifica;
- Encaminha para a área correspondente à prioridade.

ENFERMEIRO DO SO

- Liberta o SO, transfere os doentes para os internamentos, se possível;
- Assume os doentes triados de amarelo e alocados no corredor;
- Efetua triagem secundária de 15/15 min;
- Preenche a folha de registo.

ENFERMEIROS DO BALCÃO

- Libertam o corredor e restantes salas;
- 1 assume os doentes triados de vermelho, alocados na reanimação e balcão 2;
- O outro assume os doentes triados de verde, alocados na sala de espera;
- Efetuam triagem secundária de 15/15 min;
- Preenchem a folha de registo.

APÊNDICE VIII – Documento de registo para cada área

Folhas de registo por área:

Onde consta a hora e local de origem e destino dos doentes. A preencher pelos enfermeiros responsáveis por cada área no momento de admissão e alta do doente.

ÁREA VERDE

DATA ____/____/____



Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	__ : __	Triagem Vermelha Amarela	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarela	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio
	__ : __	Triagem Vermelha Amarelo	__ : __	Vermelha Bloco Op. Amarela Internam. Preta _____ Domicílio

ÁREA AMARELA

DATA ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:__	Triagem Vermelha Verde	__:__	Vermelha Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio

ÁREA VERMELHA

DATA ____/____/____

Nº	ORIGEM		DESTINO	
	HORA	ÁREA	HORA	ÁREA
	__:_	Triagem Verde Amarela	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarela	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio
	__:_	Triagem Verde Amarelo	__:_	Amarela Bloco Op. Verde Internam. Preta _____ Domicílio

APÊNDICE IX – Poster com algoritmo de atuação da equipa de enfermagem em situação de catástrofe

ATUAÇÃO DOS ENFERMEIROS DO SU

SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE

ENFERMEIRA CHEFE

- Avalia os níveis de stock e promove a sua rápida reposição;
- Faz a gestão dos recursos humanos, reforçando a equipa, se necessário;
- Solicita, se necessário a presença de outros profissionais (farmácia, aprovisionamento, segurança);
- Coordena os Assistentes Operacionais;
- Mobiliza meios para a deslocação interna e externa de doentes;
- Designa local de depósito de espólio e nomeia um elemento para a sua segurança;
- Ação facilitadora na transferência dos doentes da "urgência normal", caso tenha sido essa a decisão do Chefe de Equipa;
- Integra o Gabinete de Crise

ENFERMEIRO DO SO

- Liberta o SO, transfere os doentes para os internamentos, se possível;
- Assume os doentes triados de **amarelo** e aloca-os no **corredor**;
- Efetua triagem secundária de 15/15 min;
- Preenche a folha de registo.

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL DE TURNO

- Informa e substitui a chefe na sua ausência;
- Abre o armário de Catástrofe;
- Abre os Kits de catástrofe;
- Distribui cartões de ação;
- No turno da noite, após o alerta, chama o enfermeiro de prevenção.

ENFERMEIRO DA TRIAGEM

- Mantém-se na triagem;
- Efetua triagem primária no Hall da triagem;
- Faz a triagem com a folha de catástrofe, existente no Kit (**15 segundos- tempo máximo triagem /vítima**);
- Numera, tria e identifica;
- Encaminha para a área correspondente à prioridade.

ENFERMEIROS DO BALCÃO

- Libertam o corredor e restantes salas;
- 1 assume os doentes triados de **vermelho**, aloca-os na **reanimação e balcão 2**;
- O outro assume os doentes triados de **verde**, aloca-os na **sala de espera**;
- Efetua triagem secundária de 15/15 min;
- Preenchem a folha de registo.

APÊNDICE X – Poster Diretivas Antecipadas de Vontade

Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorrihla, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vitor¹

Definições:
(Lei 25/2012)

“O Registo Nacional do Testamento Vital (**RENTEV**) tem a finalidade de rececionar, registar, organizar e manter atualizada, quanto aos cidadãos nacionais, estrangeiros e apátridas residentes em Portugal, a informação e documentação relativas ao documento de diretivas antecipadas de vontade e à procuração de cuidados de saúde.”

“**Diretivas Antecipadas de Vontade** sob a forma de testamento vital são o documento unilateral e livremente revogável a qualquer momento pelo próprio, no qual uma pessoa maior de idade e capaz, que não se encontre interdita ou inabilitada por anomalia psíquica, manifesta antecipadamente a sua vontade consciente, livre e esclarecida, no que concerne aos cuidados de saúde que deseja receber, ou não deseja receber, no caso de, por qualquer razão, se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente.”

Tem validade de cinco anos a contar da sua assinatura e é renovado sempre que seja introduzida uma modificação do mesmo.

O procurador de cuidados é responsável por fazer cumprir a DAV caso a própria pessoa não o consiga fazer, ou decidir em seu lugar.

A vontade da pessoa *in loco* sobrepõe-se a qualquer documento registado, a DAV serve apenas e só para quando a pessoa já não puder decidir

No documento das DAV's cada pessoa pode expressar a sua vontade relativamente a :
(Lei 25/2012)

- Tratamento fútil, inútil ou desproporcionado no quadro clínico: medidas de suporte básico de vida, medidas de alimentação e hidratação artificiais que retardem o processo natural da morte;
- Tratamento artificial de suporte artificial de sinais vitais;
- Tratamentos em fase experimental;
- Participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

As DAV's vieram dar resposta a vários princípios éticos:

- Princípio do **respeito pela autonomia**, em que existe uma liberdade de escolha sobre a aceitação ou recusa de qualquer intervenção no futuro.;
- O **princípio de beneficência e não maleficência** dos profissionais de saúde, nunca se deve sobrepor a uma DAV, deve ser sempre respeitada a autonomia.
- O princípio da **justiça** destaca que o portador de DAV deve ser tratado do mesmo modo, mesmo que os profissionais não concordem com a decisão da pessoa. ;

Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Regulamento Nacional do Testamento Vital (RENTEV). *Diário da República I Série, N.º 136 (16-07-2012)*, 3728-3730. Obtido de www.dre.pt
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), 41-50.

Afiliação

1. Enfermeiros da ULSNA, EPE, mestrandos em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.

APÊNDICE XI – Cartaz Diretivas Antecipadas de Vontade



Diretivas Antecipadas de Vontade

Bagorrihla, Tiago¹; Bravo, Nuno¹; Furtado, Vanda¹; Pires, Vitor¹

A Vida é sua...



Fonte: <http://www.notariado.org.br/blos/noticias/eutanasia-e-as-diretivas-anticipadas-de-vontade-em-portugal>

...e tem direito a escolhas

Diretiva Antecipada de Vontade é um documento formal, feito por iniciativa do cidadão, onde este pode inscrever os cuidados de saúde que pretende ou os que não pretende receber e permite também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde. O documento pode ser mudado ou revogado a qualquer momento.



Antes de não ser capaz de se exprimir ou tomar decisões por si próprio, pode dar instruções relativamente aos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim da vida.



Pode decidir relativamente a:

- Manobras de reanimação cardiopulmonar em fim de vida,
- Medidas de suporte avançado de vida em estado vegetativo persistente,
- Utilização de intervenções agressivas e invasivas como a hemodiálise, a quimioterapia e a cirurgia em doentes com doença incurável e sem condições razoáveis de recuperação.
- Utilização de antibióticos e hidratação via intravascular em doentes em estado agónico



Para fazer a sua Diretiva Antecipada de Vontade dirija-se no Hospital ao Balcão RENTEV.



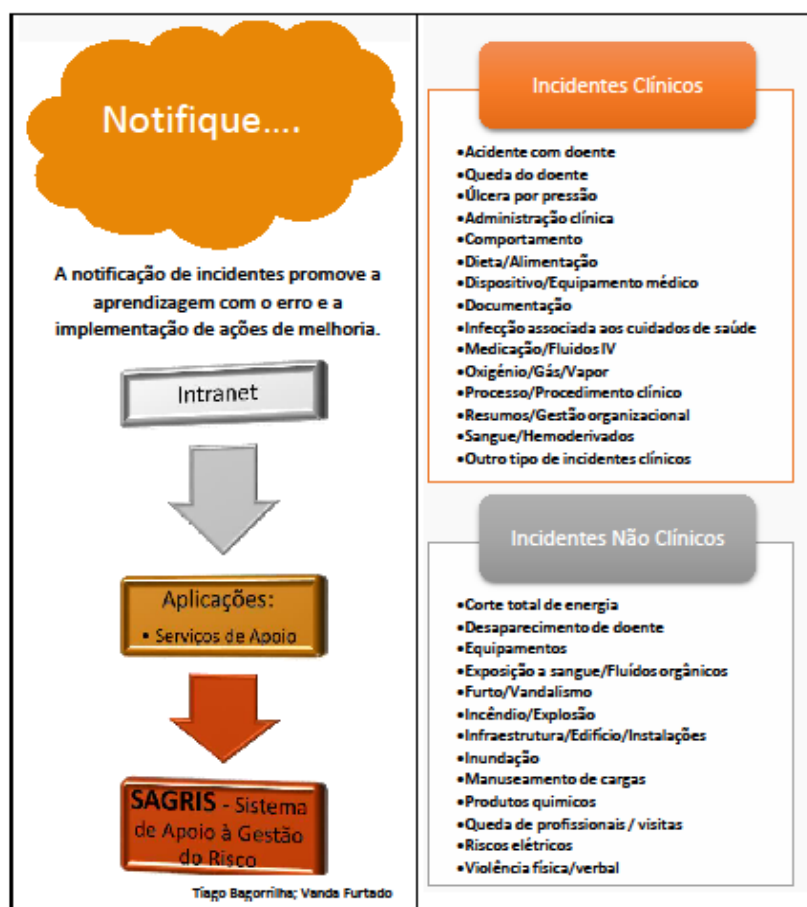
Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 25/2012 de 16 de julho. (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Regulamento Nacional do Testamento Vital (RENTV). *Diário da República I Série, N.º 136 (16-07-2012)*, 3728–3730. Obtido de www.dre.pt

Afiliação

1. Enfermeiros da ULSNA, EPE, mestrados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal.

APÊNDICE XII - *Flyer* Notificação do Risco



APÊNDICE XIII – Artigo científico “Preparação dos serviços de urgência na resposta a situação de catástrofe e acidentes multivítimas”

**Preparação dos serviços de urgência na resposta a situação de
catástrofe e acidentes multivítimas**

**Preparation of emergency services in response to
disaster and multivictim accidents**

Vanda Lages Furtado¹, Maria Céu Marques²

1. Enfermeira da ULSNA, EPE, mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica: A Pessoa em Situação Crítica, do Mestrado em Associação 2018/2020 Portalegre, Portugal, Correo electrónico: vandafurtado78@gmail.com

2. Doutora em Psicologia; Professor-Coordenador, Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal, Correo electrónico: mmmarques@uevora.pt

Resumo:

Desde os primórdios que a Humanidade tem sido confrontada com catástrofes naturais, sociais, industriais e mais recentemente o bioterrorismo, causando danos humanos e materiais com inevitável rotura social, económica e do estado de saúde.

Os serviços de urgência hospitalar são considerados os locais de eleição para responder a este tipo de acontecimentos, pelo que os seus profissionais se encontram na primeira linha de resposta às situações de catástrofe e/ou emergência multivítima, tendo um papel preponderante na resposta às mesmas. O desconhecimento do seu papel e a ausência de formação, com treino regular sobre estas temáticas, influenciam a eficácia e eficiência da resposta dada.

Perante esta problemática surge a questão de investigação: Qual a importância da preparação dos profissionais de saúde dos serviços de urgência na resposta a situações de catástrofe e acidentes multivítimas? Método: Foi realizada uma revisão sistemática através da síntese dos resultados de estudos reconhecidos, publicados e indexados à plataforma EBSCO. Resultados: Tendo em conta os critérios de inclusão e exclusão, foram seleccionados 5 estudos para elaboração da revisão. Conclusão: Independentemente do local, comunidade ou país, a formação, treino e preparação das equipas de saúde dos serviços de urgência é extremamente importante, pois equipas bem preparadas e treinadas para agir em situações de desastres são essenciais para manter a qualidade do atendimento e cuidados prestados.

Palavras-chave: Planeamento em Catástrofe; Serviços de Urgência

Abstract:

Since the beginning, humanity has been confronted with natural, social, industrial and more recently bioterrorism disasters, causing human and material damage with inevitable social, economic and health disruption.

Hospital emergency services are the places of choice to respond to this type of event, so their professionals are in the first line of response to disaster and/or multi victim emergency, having a leading role in responding to them. The lack of knowledge of their role and the lack of training, with regular training on these issues, influence the effectiveness and efficiency of the answer given.

Faced with this problem, the research question arises: What is the importance of preparing health professionals in emergency services in responding to disasters and multi-victim accidents? **Method:** An integrative review was carried out by synthesizing the results of studies recognized, published and indexed to the EBSCO platform. **Results:** Considering the inclusion and exclusion criteria, 5 studies were selected to prepare the review. **Conclusion:** Regardless of location, community or country, the training, education and preparation of health teams in emergency services is extremely important, as teams well prepared and trained to act in disaster situations are essential to maintain the quality of care and care provided.

Keyword: Disaster Planning, Emergency Department

Introdução

O aumento significativo de situações de catástrofe e acidentes multivítimas nos últimos anos, levou a uma tomada de consciência sobre a importância da preparação dos serviços de saúde para estes acontecimentos, com vista a um impacto cada vez menor nas comunidades.

Catástrofe "...é um acidente grave ou a série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas, afetando intensamente as condições de vida e o tecido socioeconómico em áreas ou na totalidade do território nacional. (...) 5A emergência multivítima envolve um número de vítimas suficientemente elevado para alterar o normal funcionamento dos serviços de emergência e a prática de cuidados de saúde. Exige um conjunto de procedimentos médicos de emergência com o propósito de salvar o maior número de vítimas e proporcionar o melhor tratamento às vítimas, fazendo o melhor uso dos recursos disponíveis" (1)

Desastres naturais e induzidos pelo homem ocorrem todos os dias em toda a biosfera e causam impactos catastróficos na saúde pública em termos de ferimentos, sofrimentos, mortes, destruição de infraestrutura e instalações. (2)

Todos estes conceitos estão associados entre si, pois trata-se de fenómenos que afetam negativamente a vida e que, por vezes, causam mudanças permanentes na sociedade ou no ambiente. São acontecimentos imprevisíveis, com implicação direta na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente ao nível dos serviços de urgência hospitalar, pois estes serviços, dadas as suas características, são considerados os locais de eleição para responder a este tipo de acontecimentos. (3)

E se durante séculos, as causas das catástrofes eram essencialmente de origem natural, a evolução tecnológica e a intervenção humana alteraram o rumo dos acontecimentos e verificam-se cada vez mais a ocorrência de catástrofes tecnológicas e relacionadas com o comportamento humano. O surgimento do terrorismo, a proliferação de armas químicas/biológicas, a disponibilidade de materiais e conhecimento científico de armas e o recente aumento de ataques apontam para uma probabilidade crescente de vítimas em massa. (4)

Os médicos e enfermeiros dos serviços de urgência são a equipa de mão-de-obra inicial com aumento das suas responsabilidades durante emergências e crises nos locais hospitalares. Alta eficácia e habilidades adequadas combinadas com capacidades factuais são necessárias para salvar vidas humanas e promover a saúde em situações de emergência. (5)

Mas, para que se obtenha uma resposta adequada, são necessários profissionais de saúde experientes e especializados na área. Neste contexto, uma estruturação adequada prévia é crucial para um bom atendimento, assim como a necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem competências na área da catástrofe e emergência multivítimas, adquirindo conhecimentos através da investigação e da prática clínica, visando uma resposta

adequada com a finalidade de aumentar a qualidade dos cuidados, aumentando o conhecimento e a competência, contribuindo para o desenvolvimento da prática diária.⁽²⁾

A capacidade de resposta dos profissionais de saúde e das respetivas Instituições, só por si, não são suficientes para uma resposta adequada em situação de catástrofe, é necessária a existência de um planeamento, formação e treino, de forma a organizar a capacidade de resposta, de profissionais e Instituição, nestas situações.

Tendo em conta a realidade atual das Unidades de Saúde, nomeadamente o funcionamento quotidiano já no máximo das suas capacidades ou perto deste, a elaboração de um Plano de Emergência torna-se essencial, como ferramenta que reforça a avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de crise, definindo regras ou normas gerais de atuação nesse contexto.⁽³⁾

Perante eventos desta natureza, além de uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o fator chave, reside nos profissionais de saúde, que devem dispor de conhecimentos quanto ao planeamento e operacionalização do plano de emergência, aliado ao treino e a formação em preparação para situações de catástrofe.

A simulação aplicada aos cuidados de saúde está presente cada vez mais nas comunidades médica e académica, sendo uma ferramenta valiosa para um melhor treino na gestão de acidentes multivítimas, pois fornece um ambiente seguro e controlado no qual é possível testar planos e procedimentos e aprimorá-los, bem como avaliar políticas e diretrizes.

A redução dos riscos de catástrofes é uma questão de grande complexidade e nenhum país ou Instituição deverá enfrentá-la de forma isolada. São necessários esforços e conhecimentos combinados de todos os setores da sociedade, sejam eles públicos ou privados, visto que a redução de riscos deverá ser encarada como um problema e uma responsabilidade de todos os cidadãos. Nesta perspetiva, surgiram esforços mundiais liderados pelas Nações Unidas e pela Organização Mundial de Saúde visando a prevenção e preparação para enfrentar situações de catástrofe.⁽⁴⁾

Independentemente da definição que se utilize para catástrofe, são transversais a todas os conceitos de destruição de infraestruturas, da economia, do ambiente e de vidas humanas, sobrecarregando a capacidade de resposta dos indivíduos e comunidades.⁽⁵⁾ Assim a OMS recomenda que todas as nações, independentemente da frequência dos acontecimentos, deverão preparar os seus profissionais de saúde para estas situações.

Metodologia

Tendo por base o método de pesquisa de prática baseada na evidência, realizou-se uma revisão da literatura fundamentada pelo parâmetro PICOD, considerando os Participantes, Intervenções, Comparações, os Outcomes/Resultados e o Desenho do Estudo.

Para tal formulou-se a pergunta de Investigação: Qual a Importância da preparação dos profissionais de saúde dos serviços de urgência na resposta a situação de catástrofe e acidentes multivítimas?

P	Participantes	Quem foi estudado?	Médicos e enfermeiros a exercer funções em serviços de urgência
I	Intervenções	O que foi estudado?	A preparação dos serviços de urgência na resposta a situações de catástrofe e acidentes multivítimas
C	Contexto	Local estudado	Serviços de urgência
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Importância da preparação dos profissionais de saúde dos serviços de urgência na resposta a situações de catástrofe e acidentes multivítimas
D	Desenho do Estudo	Como é que as evidências foram recolhidas?	Foram englobados estudos quantitativos, qualitativos e mistos, publicados entre 2015 e 2019, que possuissem texto integral

Tabela 1- Resumo dos parâmetros PICOD

Foi efetuada pesquisa na plataforma eletrónica EBSCO, usando como Descritores Mesh ⁽⁷⁾: Disaster planning; emergency department e o Operador booleano and.

Com o objetivo de obter os artigos mais adequados à questão formulada, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, apresentados na tabela seguinte:

Crítérios de inclusão	Crítérios de Exclusão
Artigos publicados entre 2015-2019	Artigos sem metodologia científica
Artigos com Texto Completo	Repetidos
Artigos em língua Inglesa	Apenas conclusões de estudos
Estudos que incluem médicos e enfermeiros do serviço de urgência	Estudos relacionados com Pediatria e Radiologia
Estudos que respondem parcialmente à questão de investigação	Estudos que não respondem à questão de investigação

Tabela 2 – Crítérios de inclusão e exclusão

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão, foram seleccionados apenas 5 estudos cujo conteúdo se revelou pertinente para esta revisão.

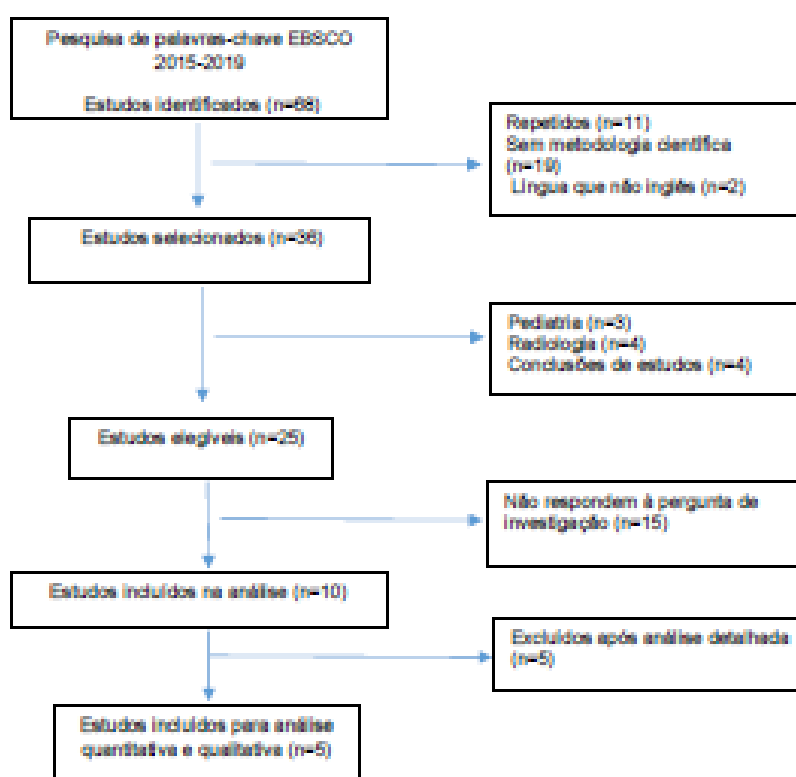


Figura 1 - Fluxograma da estratégia de seleção de estudos

Os artigos foram avaliados de acordo com as grelhas de Joanna Briggs, 2016. ⁽⁶⁾ Verificou-se que o nível de evidência se situava entre 2d e 4b e que apresentavam um grau de recomendação A, sendo por isso todos incluídos no estudo.

Identificação do Estudo	Nível de evidência	Força de recomendação
Lella Maleki et al (2017) ⁽⁹⁾	4.b	STRONG
Philip M. Koka, et al (2018) ⁽¹⁰⁾	4.b	STRONG
Abdullah Nofal, et al (2016) ⁽¹¹⁾	4.b	STRONG
Matteo Paganini, et al (2015) ⁽¹²⁾	4.b	STRONG

Chih-Chuan Lin et al (2019) ⁽¹³⁾	2.d	STRONG
---	-----	--------

Resultados

Após a análise dos dados apresentados nos vários estudos, considerados relevantes para o atual artigo, foi elaborado o quadro que se apresenta na tabela 3 com a descrição dos estudos, desenho, autores, tipo de participantes, principais intervenções e outcomes.

Artigos (autores, data, local)	Participantes	Intervenções	Outcomes	Desenho
Título: Evaluation of the factors predicting nurses' attitude to phase of preparedness to respond to disasters				
1 Leila Maleki et al ⁽¹⁶⁾ Irão 2016-2017	384 enfermeiros que trabalham em centros educacionais de Rasht	Questionário que inclui três características: Demográficas, conhecimentos e atitudes dos enfermeiros em relação à prontidão para responder a situação de catástrofe	A maioria dos enfermeiros (97%) não têm conhecimentos em preparação para catástrofes, pelo que os investigadores recomendaram que seja fornecida formação aos enfermeiros nesse sentido Aumentar o nível de conhecimento dos enfermeiros, ter um kit de catástrofe e a experiência profissional, pode melhorar a atitude dos profissionais, levando a uma melhor prática na resposta eficaz em situação de catástrofe	Estudo transversal
Título: Disaster preparedness and response capacity of regional hospitals in Tanzania: a descriptive cross-sectional study				
2 Philip M. Koka, et al ⁽¹⁷⁾ Tanzânia 2018	13 Médicos 9 Enfermeiras chefes 4 Médicos responsáveis De 25 Hospitais Regionais de	Questionário estruturado e observações diretas	A preparação dos hospitais na resposta a situação de catástrofe está num estágio inicial na Tanzânia e existem importantes oportunidades para preparar melhor os hospitais regionais na resposta a situações de catástrofe Quase todos os hospitais regionais viveram uma catástrofe nos últimos 5 anos, demonstrando maior importância na preparação para garantir a resiliência a emergências e desastres.	Estudo transversal descritivo

9

	Tanzânia continental		Lacunas: Os recursos humanos disponíveis são abaixo do recomendado e os poucos profissionais altamente qualificados ocupam quadros administrativos no hospital, o que limita os seus papéis clínicos. 40% dos hospitais não possui Plano de Catástrofe	
Título: Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia				
3 Abdullah Nofal, et al ⁽¹⁸⁾ Arábia Saudita 2018	150 médicos e enfermeiros do hospital terciário em Riyadh, Reino da Arábia Saudita	Questionário estruturado	O nível de conhecimento é satisfatório em profissionais de saúde com nível neutro de atitude, prática e familiaridade em relação à preparação para situações de catástrofe Verificou-se que os participantes com > 5 anos de experiência clínica apresentaram pontuação de conhecimento estatisticamente significativa, comparado com participantes com < 5 anos O consenso completo foi obtido entre os participantes sobre a necessidade de ter um plano operacional de emergência, bem como realizar exercícios no hospital. Consequentemente é necessária a incorporação de cursos sobre preparação para catástrofe e emergências no currículo da equipa de emergência	Estudo transversal
Título: Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: a cautious warning for disaster risk reduction and management capacity				
4 Matteo Pagani, et al ⁽¹⁹⁾	Médicos de 85 serviços de emergência	Entrevistas telefónicas pré-estruturadas anónimas	Os resultados demonstram uma baixa base de conhecimento dos conceitos básicos de planeamento em catástrofe pelos médicos dos serviços de urgência	Estudo observacional prospetivo

10

	Itália 2015			<p>Comparando o nível de conhecimento com as descrições demográficas, apenas a participação prévia em cursos de gestão de catástrofes evidenciou uma diferença significativa: os entrevistados que haviam participado em alguns cursos de instrução para aprimorar as competências em gestão de catástrofes eram conhecedores em comparação com aqueles sem treino anterior.</p> <p>Apenas 45% dos participantes relataram saber o que é um Plano de Emergência Hospitalar.</p> <p>As autoridades devem ser alertadas para aprimorar a educação, o treino e o acompanhamento das equipes na preparação em catástrofe, a fim de garantir que os planos sejam conhecidos por todos os responsáveis.</p>	
Título: Could we employ the queueing theory to improve efficiency during future mass casualty incidents?					
5	Chih-Chuan Lin et al. ¹⁷⁸ Taiwan 2019	Analisados 2 acidentes de 41 e 49 vítimas respectivamente	<p>Coleta de dados retrospectiva</p> <p>Analisados 2 tipos de acidentes em massa:</p> <p>um acidente de autocarro em dezembro de 2013, do qual resultou 41 vítimas</p> <p>uma explosão de bó num parque aquático em junho de 2015, do qual resultou 499 vítimas, das quais 49 foram enviadas para o Hospital</p>	<p>A teoria das filas (QT) foi sugerida para avaliar a eficácia dos planos de Pronto-Socorro Hospitalar. Usando diferentes tipos de incidentes com vítimas em massa reais, o objetivo foi determinar se um modelo de rede de filas poderia ser usado como uma ferramenta para auxiliar na preparação de planos para tratar de acidentes em massa.</p> <p>O modelo de rede de filas é uma ferramenta flexível e eficiente que pode ser usada em diferentes tipos de acidentes em massa para confirmar o equilíbrio entre capacidade de pico e o serviço de assistência médica. Também pode ser utilizada para melhorar a eficiência e o equilíbrio ao lidar com acidentes em massa.</p> <p>Eficiência e recursos humanos adequados podem ser considerados como coexistindo na situação ideal quando uma rede de filas é aplicada.</p>	Estudo retrospectivo

Tabela 3 - Resumo da Evidência recolhida nos estudos

Discussão de Resultados

Existe uma relação positiva entre conhecimento e atitude, o conhecimento é considerado um preditor positivo de atitude desejável, sendo que o aumento do conhecimento afeta a atitude das pessoas em relação a situações de catástrofe. ⁽⁸⁾ Mas além do conhecimento, a experiência profissional pode aumentar a atitude dos profissionais, levando a uma melhor prática e uma resposta mais eficaz. A preparação para uma catástrofe ou acidentes multivítimas, geralmente é baseada na experiência. Profissionais com mais anos de experiência, detêm mais conhecimentos. ^(8,11,12)

Mas de uma forma geral, verificou-se que os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência, não estão devidamente preparados para responder a situações de catástrofe. ^(8, 10, 11, 12) E o principal motivo da falta de conhecimento em medicina de catástrofe deve-se ao fato de raramente estar incluída nos currículos escolares. ⁽¹²⁾

Considerando a triagem um componente crucial da rotina dos serviços de emergência, os resultados mostraram que médicos e enfermeiros da triagem estão melhor preparados e detêm mais conhecimentos na resposta a situações de catástrofe. ⁽¹¹⁾ Desta forma, validar protocolos de triagem e treino atualizados são necessários para cuidados efetivos e utilização adequada dos recursos. ⁽¹⁴⁾

Em relação aos Planos de Emergência, é destacada a importância de os hospitais terem um plano de prontidão para incidentes com vítimas em massa (MCI) que possa ser usado para lidar com os aumentos na procura por serviços de saúde, dado que são fundamentais para a gestão eficaz de qualquer catástrofe. ^(10,11, 12) Um conceito importante que deve ser incluído nesse plano é o equilíbrio entre a procura (por exemplo, pacientes) e a oferta (por exemplo, recursos). ⁽¹²⁾ Neste sentido, a teoria das filas (QT) foi sugerida para avaliar a eficácia dos planos de MCI. Usando diferentes tipos de acidentes multivítimas reais, o objetivo foi determinar se um modelo de rede de filas poderia ser usado como uma ferramenta para auxiliar na preparação de planos de catástrofe. ⁽¹²⁾

A Organização Mundial da Saúde considera que pessoal treinado pode reduzir a taxa de lesões causadas por uma catástrofe. Assim, a formação e treino das equipas de saúde é um componente importante na preparação para situações de catástrofe, sugerindo um efeito positivo do treino, no desempenho dos profissionais. ^(8, 11, 12) Desta forma, várias estratégias educacionais podem ser usadas para a formação em catástrofe, incluindo palestras, seminários, ensino à distância ou Internet, experiências,

bem como realizar exercícios nos hospitais que aprimoram o conhecimento e habilidades dos profissionais. ^(8,11) Considera-se também necessário inserir de cursos (teorias e práticas) sobre preparação para situações de catástrofe no currículo das equipas de emergência. ⁽¹¹⁾ Essas descobertas devem alertar os gestores de hospitais, as autoridades regionais e nacionais a fazerem mais no campo de preparação para situações de catástrofe, além de treino periódico e Simulacros. ⁽¹²⁾

Os resultados mostram que os hospitais que vivenciaram uma catástrofe nos últimos 5 anos, demonstram maior importância na preparação para garantir a resiliência a emergências e catástrofes. ⁽¹³⁾

Conclusão

Nas últimas décadas, grandes emergências, crises, ataques terroristas e catástrofes tornaram-se uma possibilidade em qualquer comunidade. Desta forma as preocupações são comuns e transversais a todos. Países com sistemas de saúde bem desenvolvidos, profissionais de saúde treinados e serviços bem equipados, estão melhor preparados para atuar em situações de catástrofe. Quando uma comunidade está bem preparada, muitas vidas podem ser salvas nas primeiras horas de uma emergência, antes da chegada de ajuda externa. Para reduzir riscos futuros e perdas materiais e humanas, a OMS ajuda os países a fortalecer a resiliência dos sistemas de saúde, gerindo riscos em emergências, uma estratégia que abrange medidas que vão da prevenção à recuperação, passando por preparação e resposta.

Perante eventos desta natureza, além de uma resposta estruturada, sistematizada e eficaz, o fator chave para uma intervenção direcionada, reside nos profissionais de saúde, que devem dispor de conhecimentos quanto ao planeamento e operacionalização do plano de emergência, aliado ao treino, simulação e à formação específica nesta área.

Assim, pode concluir-se que a aquisição e o desenvolvimento de competências, bem como uma adequada formação e treino dos profissionais de saúde dos serviços de urgência em situação de catástrofe, vão influenciar as suas intervenções, o seu desempenho e a sua capacidade de resposta.

A preparação dos serviços de urgência, bem como dos profissionais que neles trabalham é, sem dúvida, a pedra basilar na resposta a todas as situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

Bibliografia

1. Decreto-Lei no.80/2015. (2015). Altera a Lei de Bases da Proteção Civil. *Diário da República, No. 140(1a Série)*, 5311–5326
2. Minami H, Young-Soo S. ICN Framework of disaster nursing competencies. *World Journal of Preventive Medicine* 2015; 3: 54-60.
3. Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
4. Silva, R. M. da, Campos, P., Reis, A. M., & Bandeira, R. (2015). Princípios de Medicina de catástrofe em revisão a partir de Fukushima. *Territorium*, 22, 249–266. https://doi.org/10.14195/1647-7723_22_19
5. Direção Geral da Saúde, & George, F. (2010). *Elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde* (No. 007/2010). Lisboa. Acedido em <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/A40A7050-17E4-4C4C-9C9D2FECB0C05FA1/0/013429.pdf>
6. World Health Organization, & International Council of Nurses (Eds.). (2009). *ICN Framework Of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: ICN & WHO.
7. Medicine NUSNL of. Medical Subject Headings 2020. [Internet]. 2020 [citado 10 de janeiro de 2020]. Disponível em: <https://meshb.nlm.nih.gov/search>
8. The Joanna Briggs Institute. The JBI Approach. Available from: <http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav-JBI-approach>
9. Maleki, L., Moghadamnia, M. T., Porshikhian, M., & Kazemnejad, E. (2018). Evaluation of the factors predicting nurses' attitude to phase of preparedness to respond to disasters. *Revista Latinoamericana de Hipertension*, 13(6), 538–543. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=th&AN=134011529&lang=pt-br&site=ehost-live>
10. Koka, P.M., Sawe, H.R., Mbaya, K.R. et al. Disaster preparedness and response capacity of regional hospitals in Tanzania: a descriptive cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 18, 835 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3609-5>
11. Nofal, A., Alfayyad, I., Khan, A., Al Aseri, Z., & Abu-Shaheen, A. (2018). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, 39(11), 1123–1129. doi:10.15537/smj.2018.11.23026

12. Paganini, M., Borrelli, F., Cattani, J., Ragazzoni, L., Djalali, A., Carenzo, L., ... Ingrassia, P. L. (2016). Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: a cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 24(1), 101. doi:10.1186/s13049-016-0292-6

13. Lin, C., Wu, C., Chen, C. et al. Could we employ the queueing theory to improve efficiency during future mass casualty incidents?. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 27, 41 (2019). <https://doi.org/10.1186/s13049-019-0620-8>

APÊNDICE XIV – Sinalética do Uso Adequado de Luvas



12/02/2021

IMG-20210211-WA0014.jpg



<https://mail.google.com/mail/u/0/#inbox?projector=1>

1/1

ANEXOS

ANEXO I - Relatório do simulacro realizado no SU no dia 29/05/2018



**RELATÓRIO DO SIMULACRO: ATUAÇÃO EM
SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE - 29 de maio de 2018
SERVIÇO DE URGÊNCIA DO HSLE**



**Setembro
2018**

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 29 maio 2019

CENÁRIO EXTERNO DO SIMULACRO

Veículo pesado de passageiros, por avaria mecânica, perde a capacidade de travagem e desliza-se, efetuando o abalroamento de um aglomerado de pessoas e colide com uma parede, do Coliseu Comendador José Rondão Almeida.

Existem vítimas no interior e no exterior da viatura. (Apêndice I)

Feita triagem no local (bombeiros)

Encaminhamento de vítimas para o hospital. (14)

Participantes:

1. Autoridade Nacional de Proteção Civil – CDOS de Portalegre
2. Câmara Municipal de Elvas - Serviço Municipal de Proteção Civil de Elvas
4. Corpo de Bombeiros Voluntários de Elvas
5. Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
6. Polícia de Segurança Pública
7. Instituto Nacional de Emergência Médica
8. Universidade Sénior de Elvas

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 20 maio 2018

1 - MEMORANDO

DIA: 29 de maio 2018

HORÁRIO: 8H—12H

1.1 - Objetivo Geral:

- Treinar o atendimento multivítimas, num cenário de catástrofe externa no serviço de Urgência do HSLE

1.2 - Objetivos Específicos:

- Treinar a triagem em catástrofe;
- Validar espaço para resposta a triagem primária;
- Testar o circuito de encaminhamento após triagem;
- Testar recursos humanos e materiais de resposta a situação de catástrofe, incluindo encaminhamento seguro para outros hospitais.

1.3 - ELO DE LIGAÇÃO DA UL\$NA AO POSTO DE COMANDO: Gestores de Risco (Enf.º Jorge Marques e Enf.º Rui Cambólas)

1.4 - GABINETE CRISE

Local: sala reuniões conselho administração

Constituição: 1 Elemento direção clínica

1 Elemento direção de enfermagem

Diretor serviço

Enfermeira Chefe serviço Urgência

Gestor de Risco Local

3

1.5 - TRIAGEM PRIMÁRIA

- Entrada de vítimas: porta acesso externo, do balcão de ortopedia.
- KIT DE CATASTROFE: Triagem em papel utilizando folha de catástrofe do Kit
- Profissionais: 1 Enf.ª Sandra Sapatinha
1 MédicoDr.ª Paula.

1.6 - ENCAMINHAMENTO DE DOENTES

Feito de acordo com o plano do serviço (dependendo do n.º de doentes no serviço usar segunda opção. (Apêndice II)

Assistente operacional transporta o doente de acordo com a indicação do enfermeiro e médico da triagem.

1.7 - TRIAGEM SECUNDÁRIA

- Profissionais: 1 Médico
1 Enfermeiro em cada local
- Efetuar triagem de 15 em 15', iniciando pelos mais graves.
- CORREDOR (Amarelos)
Dr. Juan Alba
Enf.ª Sandra Silveira
- BALCÃO 2 (Vermelhos)
Dr.ª Francine
Enf.ª Sónia
- CORREDOR TAC (Verdes)
Dr. Juan Alba

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 29 maio 2019

Enf.ª Vanda

• **JUNTO AO ELEVADOR (Pretos)**

Dr. Juan Alba

Enf.ª Sandra Silveira

1.8 - Assistente Técnico: Identificação e espólio de doentes (fazer corresponder um nome ao número atribuído na triagem)

1.9 - GABINETE DE APOIO À VITIMA E FAMILIARES

Local: Sala de telemedicina

Profissionais: 1 Psicóloga

1.10 - CONFERENCIA COM IMPRENSA E ELEMENTO DO CA

Hora: 11h

Local: Sala Reuniões CA

1.11 – DEBRIEFING

Hora: 11h30

Local: Coliseu

Participantes: Diretor Serviço,

Enf.ª Chefe

Elemento CA

Comissário PSP

Comandante GNR

Presidente dos bombeiros voluntários e representante proteção Civil Bombeiros

Vice-Presidente Câmara Municipal

Presidente da Junta de Freguesia.

2 – RESULTADOS

Vítima	TRIAGEM PRIMÁRIA		TRIAGEM SECUNDÁRIA		
	Discriminador	Cor	Tempo de Retriagem	Avaliação	Cor
1	Freq. Respiratória >29	Vermelho	0'	AV—TRTS FR 0-0 Tas 0-0 Glasgow 3-0 T=0	Preto
2	Preenchimento capilar >2	Vermelho	0'	AV—TRTS FR 20-4 TAs 75-2 Glasgow 15-4 T=10	Vermelho
			15'	AV—TRTS FR 25-4 TAs 50-2 Glasgow 14-4 T=10	Vermelho
			30'	AV—TRTS FR 25-4 TAs 77-3 Glasgow 14-4 T=11	Amarelo
3	Anda	Verde	0'	AV—TRTS FR 16-4 Tas 130-4 Glasgow 15-4 T=12	Verde
			15'	AV—TRTS FR 16-4 Tas 122-4 Glasgow 15-4 T=12	Verde
4	Anda	Verde	0'	AV—TRTS FR 15-4 Tas 129-4 Glasgow 15-4 T=12	Verde
			15'	AV—TRTS FR 16-4 Tas 130-4 Glasgow 15-4 T=12	Verde
5	Anda	Verde	0'	AV—TRTS FR 10-4	Verde

6

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 20 maio 2019

			15'	Tas 165-4 Glasgow 15-4 T-12 AV-TRTS FR 16-4 Tas 140-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
6		Amarelo	0'	AV-TRTS FR 25-4 TA 85-3 Glasgow 15-4 T-11	Amarelo
7	Anda	Verde	0'	AV-TRTS FR 17-4 Tas 123-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
			15'	AV-TRTS FR 16-4 Tas 130-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
8	Anda	Verde	0'	AV-TRTS FR 15-4 Tas 140-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
			15'	AV-TRTS FR 15-4 Tas 137-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
			25'	AV-TRTS FR 15-4 Tas 152-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
			35'	AV-TRTS FR 17-4 Tas 88-3 Glasgow 15-4 T-11	Amarelo
9		Amarelo	0'	AV-TRTS FR 15-4 Tas 85-3 Glasgow 15-4 T-11	Amarelo
10	Anda	Verde	0'	AV-TRTS FR 24-4 Tas 100-4 Glasgow 15-4	Verde

7

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 29 maio 2019

				T-12	
11	Anda	Verde	0'	AV-TRTS FR 17-4 Tas 86-3 Glasgow 15-4 T-11	Amarelo
12	Anda	Verde	0'	AV-TRTS FR 16-4 Tas 126-4 Glasgow 15-4 T-12	Verde
13	Freq. Respiratória >2	Vermelho	0'	AV-TRTS FR 0-0 TAs 0-0 Glasgow 3-0 T-0	Preto

Os resultados foram retirados das folhas utilizadas para a triagem em catástrofe.

3 - AVALIAÇÃO

Após simulacro de dia 29/5/2018, a equipa envolvida neste cenário constatou que existiram aspetos positivos e negativos no decorrer deste treino.

Das 14 vítimas, apenas nos chegaram ao hospital 13 Vítimas, sendo este o número de referência para todos os dados posteriores.

3.1 - TRIAGEM PRIMÁRIA

- *Aspetos positivos*

- Correta utilização dos kits de Catástrofe.
- Correta triagem dos doentes de acordo com as queixas que apresentavam.
- Triagem fluíu sem intercorrências, no tempo devido.

- *Aspetos a melhorar*

- Espaço físico reduzido, gerando alguma confusão na articulação médico/enfermeiro, que facilmente se adaptaram, superando a dificuldade.

3.2 - ENCAMINHAMENTO DE DOENTES APÓS TRIAGEM PRIMÁRIA

- *Aspetos positivos*

- O encaminhamento foi feito de acordo com o fluxograma de encaminhamento. O assistente operacional transportou os doentes para os locais adequados, de acordo com a indicação que lhe tinha sido fornecida pelo enfermeiro e médico da triagem primária.

3.3 - TRIAGEM SECUNDÁRIA

- **Aspetos Positivos**

- Triagem secundária efetuada corretamente de acordo com os parâmetros fornecidos pelas vítimas.

- O 1.º tempo de triagem secundária, não excedeu os 15 min.

- O médico esteve sempre disponível.

- Nos doentes triados de cor vermelha esteve como médico de apoio o cirurgião de serviço.

- **Aspetos a melhorar:**

- Verificou-se que das 6 retriagens efetuadas (2.ª avaliação secundária) 4 foram efetuadas após 20 min, e 3 foram efetuadas aos 15 min, devendo ser melhorado o tempo de retriagens sempre que possível.

3.4 - AVALIAÇÃO GLOBAL

- **Aspetos Positivos**

- Os serviços de Internamento receberam ops doentes de imediato.

- O serviço de Imagiologia estava disponível para efetuar os exames solicitados pelos médicos.

- Os serviços farmacêuticos disponibilizaram-se a fornecer a medicação necessária em contexto de "Life saving"

- Transferência doente – contactada Enf.ª Adj. Direção: Enfermeiro disponível para transferência com resposta em 3 min.

- **Aspetos a melhorar:**

- A segurança não proibiu a entrada de familiares e estes entraram pelo serviço de urgência, solicitando informações.

- Os meios de comunicação social não foram encaminhados corretamente e vieram ao posto de triagem primária solicitar informações.

- No final do exercício de simulacro, existia um doente Triado de preto, junto aos elevadores que foi "esquecido" pela equipa.

- A sala para apoio à família localizada no 2.º andar não é facilmente acessível aos familiares com dificuldades na mobilidade.

3.5 - DEBRIEFING

Foi efetuado no Coliseu Rondão de Almeida.

Foi considerado muito positivo por todos os envolvidos, enquanto treino de competências, salientando-se a perigosidade devido à localização do eixo viário.

Considerou-se que os objetivos foram atingidos, salientando-se os pontos fortes e aspetos a melhorar.

Foi solicitado por todos os intervenientes um evento de maior dimensão.

Apesar da pouca preparação prévia, o resultado foi bastante satisfatório.

Foi proposto pela PSP um simulacro de despiste de pesado de mercadorias de matéria perigosa. Este já foi efetuado em parceria com a proteção civil e bombeiros espanhóis, em Espanha.

Ficou decidido que cada grupo profissional faria o seu relatório individual.

Relatório Simulacro: Triagem em Catástrofe
HSLE 29 maio 2019

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o objetivo do serviço, proposto inicialmente foi conseguido para o grau II.

Apesar de algumas dificuldades superadas, o grande problema neste serviço, será sempre a estrutura física.

Foi decidido alterar alguns pontos no plano de Catástrofe e encaminhamento de doentes.

Propõe-se um novo simulacro com um grau III, agendado para novembro de 2019.

Diretor de Serviço: _____

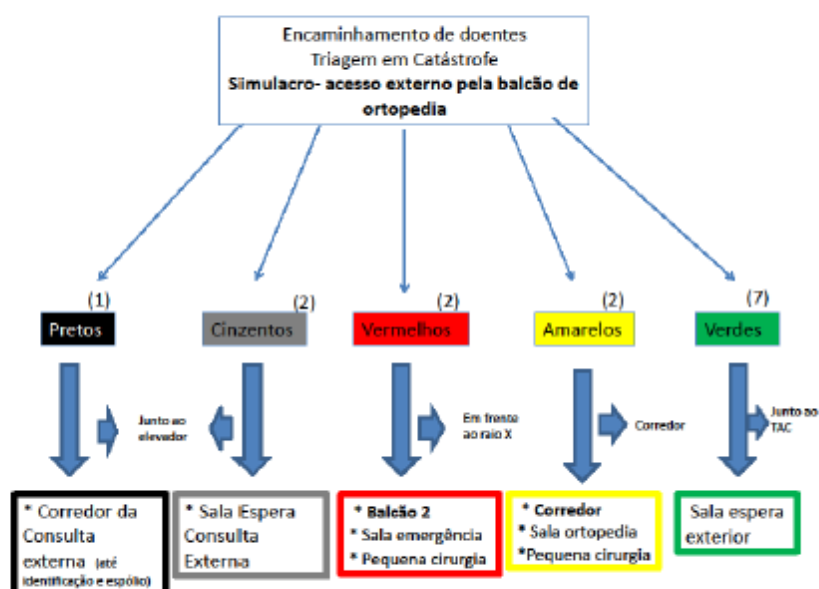
Enfermeira Chefe: _____

Interlocutor do risco do SU do HSLE: _____

Apêndice I – Descrição Vitimas

Acidente	Critério de gravidade	Descrição	transporte
Despiste de veículo pesado de passageiros e atropelamento de várias pessoas	1 PCR	1. Peão atropelado em PCR	
	2 agônicos	2. Peão com traumatismo crânio com afundamento frontal esq, midriase esq, Glasgow 3, sinais de descorticação dos membros superiores; 3. Condutor com traumatismo torácico, assimetria torácica, dispneia, enfisema subcutâneo dor abdominal com equimose, pálido, suado, hipotenso.	Vitimas estabilizadas no local Transporte para Hospital
	4 graves	1. Peão sofreu queda com dor na coxa esq com crepitação. 2. Passageiro com queixas a nível de ambos os membros superiores com deformação, suado; 3. Passageiro com traumatismo torácico, dispneia, # grelhas costais (Colocado cinto de segurança); 4. Peão com traumatismo a nível da cintura pélvica, suado, pálido.	Imobilização Vitimas estabilizadas no local Transporte para Hospital
	7 ligeiros	1. Passageiro com ferida lacerada do antebraço dir, sangrante, sem crepitação, dor local; 2. Passageiro com TCE sem perda de consciência, hematoma periorbital com equimose, Glasgow 15; 3. Passageiro com várias escoriações; 4. Passageiro ansioso, polipneico e agitado; 5. Passageiro com queixas a nível da tíbia tísica sem deformação ou impotência funcional; 6. Passageiro com edema da mão dir; 7. Peão sofreu queda, dor e edema do joelho esq.	Imobilização Avaliação no local

Apêndice II – Fluxograma de Encaminhamento de Doentes em Simulacro



ANEXO II - Questionário “Disaster Preparedness Evaluation Tool (DPET-PT) - Preparação dos Enfermeiros Perante Uma Situação de Catástrofe”

Código # _____

PREPARAÇÃO DOS ENFERMEIROS PARA SITUAÇÕES DE CATÁSTROFE

Uma Catástrofe é um evento extraordinário de causa humana ou natural, que desafia um sistema a oferecer uma resposta rápida e supera a capacidade de resposta normal do mesmo, com rutura de infraestruturas (Bond & Beaton, 2005).

Este trabalho tem como objetivo validar transculturalmente um instrumento que avalia a preparação dos enfermeiros para situações de catástrofe. O referido instrumento apresenta 45 indicadores. O que se pretende é que coloque um círculo à volta do número que corresponde ao seu nível de concordância, sendo que 1 – *Discordo fortemente*; 2 – *Discordo*; 3 – *Discordo em parte*; 4 – *Concordo em parte*; 5 – *Concordo*; 6 – *Concordo fortemente*.

Estes itens relacionam-se com a sua preparação para a catástrofe.

Indicadores							
1	Eu participo em simulacros de catástrofe no meu local de trabalho (clínica, hospital, etc), regularmente.	1	2	3	4	5	6
2	Eu participo na elaboração de planos de emergência e planeamento de situações de emergência ou catástrofe na minha comunidade.	1	2	3	4	5	6
3	Eu sei quem contactar (responsável pelo plano de emergência e catástrofe) em situações de catástrofe na minha comunidade.	1	2	3	4	5	6
4	Eu participo regularmente numa das seguintes atividades educativas: formação permanente, seminários ou conferências sobre preparação para catástrofes.	1	2	3	4	5	6
5	Eu leio artigos de revistas científicas sobre preparação para catástrofes.	1	2	3	4	5	6
6	Eu estou ciente da existência de aulas de preparação e gestão de catástrofes, que são oferecidas, tanto no meu local de trabalho, como na universidade ou comunidade.	1	2	3	4	5	6
7	Eu estou interessado em formação sobre preparação para catástrofes que se relacionam especificamente para a situação da minha comunidade.	1	2	3	4	5	6
8	Eu considero que a literatura de investigação científica sobre preparação e gestão de catástrofes é facilmente acessível.	1	2	3	4	5	6
9	Eu considero que a literatura de investigação científica sobre preparação para catástrofes é compreensível.	1	2	3	4	5	6
10	Eu considero-me preparado para a gestão de catástrofes.	1	2	3	4	5	6
11	Eu tenho dificuldade em encontrar informação relevante sobre as necessidades da minha comunidade relacionadas com preparação para catástrofes.	1	2	3	4	5	6
12	Eu sei onde encontrar dados ou informação relevantes relacionados com a preparação e gestão de catástrofes para aumentar o meu conhecimento na área.	1	2	3	4	5	6
13	Eu tenho uma lista de contactos na comunidade médica (comunidade de profissionais de saúde) onde estou inserido. Eu sei contactos de encaminhamento/referenciação em caso de uma situação de catástrofe (chefe de equipa do serviço e/ou diretor clínico).	1	2	3	4	5	6
14	Em caso de uma situação de catástrofe eu penso que há apoio suficiente das autoridades locais no concelho, região ou nível nacional.	1	2	3	4	5	6
15	Eu participo ou participei na criação de manuais (guidelines) e planos de emergência que contribuem/influenciam para melhorias a nível local ou nacional.	1	2	3	4	5	6
16	Eu sou considerado um líder de destaque na minha comunidade numa situação de catástrofe.	1	2	3	4	5	6
17	Eu estou ciente dos potenciais riscos na minha comunidade que são por exemplo,	1	2	3	4	5	6

© Bond, Backstrand & Tichy (2007)

1

Os seguintes itens relacionam-se com a mitigação (alívio e nível de resposta de uma catástrofe)

© Bond, Backstrand & Tichy (2007)

Estes itens relacionam-se com o nível de evolução de uma catástrofe (começa imediatamente após a catástrofe)

40	En sinto-me confiante em providenciar psicoeducação sobre estratégias de <i>coping</i> para doentes com experiências traumáticas para que estes as consigam gerir por eles próprios.	1	2	3	4	5	6
41	En sou capaz de diferenciar os sinais e sintomas de Perturbação aguda de <i>stress</i> e Perturbação de pós <i>stress</i> traumático (PPST).	1	2	3	4	5	6
42	En estou familiarizado com o meu papel como enfermeiro numa situação de pós catástrofe	1	2	3	4	5	6
43	En participo em avaliações com os pares sobre competências na preparação e resposta para a catástrofe.	1	2	3	4	5	6
44	En estou familiarizado em como fazer uma avaliação de saúde direcionada para PPST.	1	2	3	4	5	6
45	Sinto-me confiante para atuar em situações de perturbação aguda de <i>stress</i> ou PPST na sequência de acidente ou trauma e no acompanhamento posterior (follow-ups) tendo como perspetiva os referenciais (técnicos) multidisciplinares	1	2	3	4	5	6

46. Descreva um exemplo/ideia que faria como que estivesse melhor preparado para a gestão de uma situação de catástrofe.

47. Descreva qual a prioridade que daria a formação acerca de preparação e gestão de catástrofes se fosse inserida em currículo.

48. Como percebe a sua atual capacidade em responder a uma variedade de situações de catástrofe?

49. Assinalar todos os que se aplicam:

Fui instruído sobre catástrofe na licenciatura em enfermagem.

Fui instruído sobre catástrofe na pós-graduação em enfermagem.

Realizei simulações em instalações como enfermeiro.

Particpei ou participo em cursos sobre catástrofe.

Particpei numa catástrofe. (descreva que tipo de catástrofe)

Outros, por favor descreva: _____

50. Foi formalmente preparado para o que fazer em caso de situações de catástrofe de bioterrorismo?

Sim

Não

51. Sabe se no seu local de trabalho tem um plano de emergência ou de catástrofe?

Sim

Não

Não tenho certeza

52. Sente-se confiante de que o plano de emergência do seu local de trabalho seria corretamente executado em caso de catástrofe?

Sim

Não

Não tenho a certeza

53. En sei o nível de preparação para as catástrofes no sistema de saúde na minha comunidade.

Sim

Não

Não tenho a certeza

© Bond, Backstrand & Tichy (2007)

3

54. Eu gostaria de mais educação sobre catástrofes nestas áreas (assinala as que se aplicam):

O meu papel (competências) como enfermeira numa situação de catástrofe.

Quais os riscos potenciais existentes na minha comunidade em caso de catástrofe.

Agentes biológicos e químicos e formas de identificar os sinais e sintomas.

Agentes biológicos e químicos e os seus diagnósticos diferenciais e tratamentos.

Recursos na minha comunidade como contactos de encaminhamento/referenciação, departamentos de saúde, contactos de emergência, a cadeia de comando e abrigos comunitários.

Estado de recuperação: perturbação aguda de stress, perturbação de pós-stress traumático e intervenção em crise (avaliação focada, estratégias de debriefing e terapia comportamental, cognitiva ou medicação).

Sinto-me preparado para enfrentar uma catástrofe.

55. Existem simulacros de catástrofe ou emergência com regularidade no seu local de trabalho?

Sim

Não

56. Se sim, sente que são eficazes ou que ajudam?

Sim

Não

Por favor, descreva um pouco mais de si preenchendo os itens abaixo:

57. Quantos anos de experiência tem como enfermeiro? _____

58. Qual o seu género? Masculino Feminino

59. Qual o ano do seu nascimento? 19 _____

60. Qual o seu nível de escolaridade?

Licenciatura em enfermagem

Mestrado em enfermagem

Outro mestrado

Outro

61. No decorrer da sua carreira de enfermeiro, participou numa situação real de catástrofe?

Sim (se sim, por favor responda a # 62)

Não (salte para a # 63)

Se sim, descreva brevemente: _____

62. Sentiu-se preparado para responder a referida situação de catástrofe? O que é que esta experiência lhe ensinou?

63. Quantas horas semanais trabalha como enfermeiro? _____

Obrigado pelo preenchimento
Cátia Santos – catiamossantos@gmail.com

© Bond, Backstrand & Tichy (2007)

4

ANEXO III - Autorização do presidente do CA e Parecer da Comissão de Ética da ULSNA

08/12/2019

Gmail - FW: Inf nº 36_2019_Pedido de autorização para realização do projeto "Melhoria continua na intervenção em catástrofe no...



Vanda Furtado <vandafurtado76@gmail.com>

FW: Inf nº 36_2019_Pedido de autorização para realização do projeto "Melhoria continua na intervenção em catástrofe no Serviço de Urgência."

1 mensagem

Vanda Cristina Lages Furtado <Vanda.Furtado@ulsna.min-saude.pt>
Para: Vanda Furtado <vandafurtado76@gmail.com>

30 de novembro de 2019 às 08:03

Com os melhores cumprimentos,

Vanda Cristina Lages Furtado
Enfermeiro

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | Hospital Dr. José Maria Grande

SEDE:
Av. de Santo António
7300 - 853 Portalegre
TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359

www.ulsna.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



Seja responsável na partilha de informação e/ou dados pessoais nos emails que envia.
Garanta os princípios de confidencialidade, privacidade e proteção de dados.
Lembre-se: os dados salvam vidas, mas o uso abusivo da informação pode destruir a sua vida!

De: Sandra Maria Victoria Santos Canhao Ferreira <Sandra.Ferreira@ulsna.min-saude.pt>

Enviado: 28 de novembro de 2019 09:42

Para: Vanda Cristina Lages Furtado <Vanda.Furtado@ulsna.min-saude.pt>

Cc: Monica Esther Guerrero Perez <Monica.Perez@ulsna.min-saude.pt>; Maria Catarina Gomes Aranha <Maria.Aranha@ulsna.min-saude.pt>; ULSNA - Comissão de Ética <comissao.etica@ulsna.min-saude.pt>

Assunto: Inf nº 36_2019_Pedido de autorização para realização do projeto "Melhoria continua na intervenção em catástrofe no Serviço de Urgência."

Serve o presente para comunicar a V. Exas, que o pedido supra mencionado em epígrafe, foi autorizado por decisão do Sr Presidente do Conselho de Administração proferida em 21 de Novembro de 2019, devendo ser cumprido o despacho, conforme documento em anexo.

Secretaria da Comissão de Ética para a Saúde

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Maria Victoria Santos Canhao Ferreira
Assistente Técnico

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO-EPE | Hospital Santa Luzia de Elvas

Rua Mariana Martins, Apartado 242
7350-954 Elvas
TEL: 268 637 200 FAX: 268 629 817

SEDE:
Av. de Santo António
7300 - 853 Portalegre
TEL: 245 301 000 FAX: 245 330 359
www.ulsna.min-saude.pt

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=cf1c92a03b&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1651616891554156374&siml=msg-f%3A1651616891554156374> 1/2

**ANEXO IV – Autorização do Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Saúde
do IPP**



DELIBERAÇÃO - 20.19 / 25

CONSELHO TÉCNICO-CIENTÍFICO

ASSUNTO: **APROVAÇÃO DOS PROJETOS DE Mestrado de Enfermagem em Associação – ANO LETIVO 2019/2020 – 3ª EDIÇÃO**

De acordo com Regulamento do Curso de Mestrado de Enfermagem em Associação, O CTC da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre emite parecer favorável aos temas, planos de trabalho correspondentes e respetivos orientadores de cada um dos Ramos de Especialidade de acordo com o mapa que se anexa:

Portalegre, 4 de dezembro de 2019

O Presidente do Conselho Técnico-Científico

(Raul Alberto Carrilho Cordeiro, Professor Adjunto)

BBS-CON-TCI 7.0 Rev 2



ANEXO IV – Autorização de utilização do questionário pela Autora do mesmo

Catia Santos <catiamossantos@gmail.com>
Para: Vanda Furtado <vandafurtado76@gmail.com>

18 de outubro de 2019 às 01:04

Boa noite colega.
Autorizo o uso da escala, concerteza. Vou enviar lhe o documento.
Bom trabalho
[Citação ocultada]

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=cf1c92a03b&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1647561653399380330&simpl=msg-f%3A16475616...> 1/2

18/10/2019

Gmail - Re: Pedido de cópia do documento

ANEXO VI - Kit de Catástrofe



ULSNA+
Hospital Santa Luzia de Elvas
SERVIÇO URGÊNCIA

KIT CATASTROFE - CHECK LIST

DESIGNAÇÃO	QUANTIDADE	Verificação
Triagem Primária		
Folha de catástrofe	1	✓
Cartão triagem	1	✓
Pulseira de identificação preta	1	✓
Pulseira de identificação verde	1	✓
Pulseira de identificação vermelha	1	✓
Pulseira de identificação amarela	1	✓
Etiquetas autocolantes	6	✓
Pedidos exames		
Pedido análises	1	✓
Pedido RX	1	✓
Pedido Ecografias	1	✓
Pedido TAC	1	✓
Pedido ECG	1	✓
Tubo seco	10 - 1/2 - 2000	✓
Tubo hemograma	20 - 1/2 - 2000	✓
Tubo coagulação	09 - 1/4 - 2000	✓
Espólio		
Envelope espólio de valores	1	✓
Saco plástico grande transparente	1	✓
Braçadeira para fechar	1	✓
Outros		
Certificado de óbito	1	✓

Todos os ingressos estão numerados no interior de cada KIT (76-95)

Director Serviço: *[Signature]* Enf.º Chefe: *[Signature]*
Dr. João Alho Enf.ª Catarina Aranha

Formulário de avaliação de vítimas (UL-SNAP) com campos para dados pessoais, avaliação primária (resposta após abertura da via aérea, freq. Resp., P.A. Sist., Glasgow), avaliação secundária (resposta verbal, resposta motora, etc.), e escalas de comas de Glasgow e TRTS. Inclui também uma tabela de prioridades TRTS com cores (Vermelho, Amarelo, Verde, Preto).

Escalas de Comas de Glasgow

Abertura de Olhos	4	3	2	1
Resposta Verbal	5	4	3	2
Resposta Motora	6	5	4	3

Escala TRTS

Freq. Resp.	10 a 29	4
P.A. Sist.	76 a 89	3
Glasgow	13 a 15	2
	10 a 12	1
	0 a 9	0

Prioridades TRTS

TRTS	Cor
1 a 10	Vermelho
11 a 12	Amarelo
13 a 15	Verde
16 a 17	Preto

Formulário de avaliação de vítimas (UL-SNAP) com campos para dados pessoais, avaliação primária (resposta após abertura da via aérea, freq. Resp., P.A. Sist., Glasgow), avaliação secundária (resposta verbal, resposta motora, etc.), e escalas de comas de Glasgow e TRTS. Inclui também uma tabela de prioridades TRTS com cores (Vermelho, Amarelo, Verde, Preto).

Escalas de Comas de Glasgow

Abertura de Olhos	4	3	2	1
Resposta Verbal	5	4	3	2
Resposta Motora	6	5	4	3

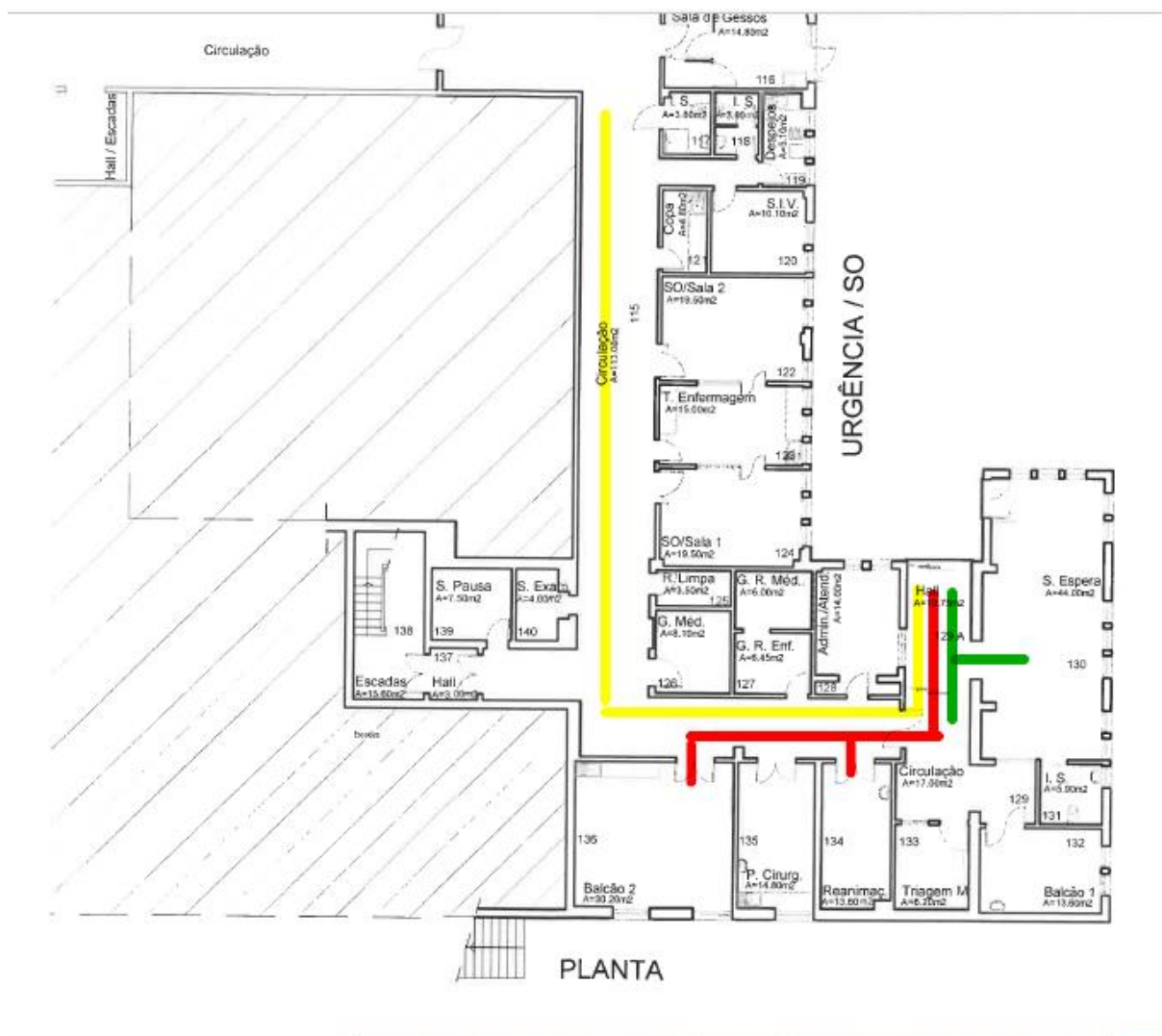
Escala TRTS

Freq. Resp.	10 a 29	4
P.A. Sist.	76 a 89	3
Glasgow	13 a 15	2
	10 a 12	1
	0 a 9	0

Prioridades TRTS

TRTS	Cor
1 a 10	Vermelho
11 a 12	Amarelo
13 a 15	Verde
16 a 17	Preto

ANEXO VII- Encaminhamento de doentes



ANEXO VIII - Certificado de frequência do Curso SAV



European Resuscitation Council vzw
Emile Vanderveldelaan 35
BE-2845 Niel - Belgium

Vanda Furtado

10/05/1976

Received the ERC qualification
Advanced Life Support (ALS)
In Portalegre, Portugal

Vanda Maria SEROMENHO
Course Director



Date last course: 11/05/2019

This certificate is valid from 11/05/2019 to 11/05/2024

To verify the validity of this certificate please visit <https://cosy.erc.edu/en/verify-certificate> and enter ERC-504-972054

ANEXO IX - Certificado de frequência do Curso ITLS

**ITLS**
International
Trauma Life Support

ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS
ADVANCED BASIC PEDIATRIC ACCESS

Certificate of Participation

Vanda Cristina Lages Furtado, RN
has completed the
Advanced Provider Course

date
6/16/2019

course site
IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)

course director
Dr. Luis Cardoso MD

course coordinator
Luis Figueiredo RN

**ITLS**
International
Trauma Life Support

Improving Trauma Care Worldwide

This continuing education activity is approved by the Commission on Accreditation for Pre-Hospital Continuing Education (CAPCE).
Continuing Education Hours: 16.00 Course #: IT-TLS-PP-AP19 CEN Type: Advanced

You have participated in a continuing education program that has received CAPCE approval for continuing education credit. If you have any comments regarding the quality of this program and/or your satisfaction with it, please contact CAPCE at: 12000 Ford Road, Suite 202, Dallas, Texas 75236 • 872.247.4842 • jacob@capce.org

CE Provider: International Trauma Life Support (Provider No. ITL00006)

Card Holder's Signature

Successful completion does not warrant performance or authorize or qualify the card holder to perform any procedure. This recognition is subject to the provisions and limitations of applicable chapter statutes and licensing acts.

International Trauma Life Support
3000 Woodcreek Drive, Suite 200
Downers Grove, IL 60515 www.itrauma.org

**ITLS**
International
Trauma Life Support

294854-37415

Vanda Cristina Lages Furtado, RN
has successfully completed the cognitive skills
evaluation in accordance with the standards of
International Trauma Life Support for this course.

Advanced Provider Course
Card Issue Date: 6/16/2019 Expiration Date: 06/2022

Course Number: 37415 Course Location: IP Portalegre, Portalegre, INTL (International)